

X LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA Y HOSPITALARIA



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

X Lecciones en Salud Comunitaria y Hospitalaria



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

X Lecciones en Salud Comunitaria y Hospitalaria

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: 978-84-19560-91-9

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

Producción editorial e impresión: CienciaSanitaria.es.

Índice

1	TRICOBLASTOMA Y TRICOEPITELIOMA MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO, MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA, FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO Y ANA ISABEL PÉREZ EGEA	1
2	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS: INFECCIONES Y DIAGNÓSTICO FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO, MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO, ANA ISABEL PÉREZ EGEA Y MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA	5
3	EL SÍNDROME DE MARFAN FÁTIMA CANCHO GARLITO Y MARÍA SORAYA ISLAS DELGADO	9
4	PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA, ABORDAJE DE SALUD COMUNITARIO EN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. NURIA SANCHEZ GARRIGOS Y FRANK ERNESTO RODRIGUEZ FREYRE	13
5	UNA CAUSA MENOS FRECUENTE DE ASTENIA EN NUESTROS PACIENTES. BEATRIZ MÉNDEZ ESTEBAN Y LUCÍA MOLINA CAMPOS	17
6	PRINCIPALES TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS Y NO FARMACOLOGICOS EN RELACIÓN AL ESTREÑIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR. CESAR OLIVER SOTELO GARCIA	21
7	PRINCIPALES TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS EN RELACIÓN A LA INCONTINENCIA FECAL EN EL ADULTO CESAR OLIVER SOTELO GARCIA	33

8	DUELO EN ATENCIÓN COMUNITARIA NURIA SANCHEZ GARRIGOS Y FRANK ERNESTO RODRIGUEZ FREYRE	41
9	CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS DEPENDIENTES NURIA SANCHEZ GARRIGOS Y FRANK ERNESTO RODRIGUEZ FREYRE	45
10	EL SINDROME DE BRUGADA. LA MUERTE SILENCIOSA JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ, FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ, CARMEN MORENO, ANDREA GARCÍA Y ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ	49
11	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y AFRONTAMIENTO EN DIABETES MELLITUS NURIA SANCHEZ GARRIGOS Y FRANK ERNESTO RODRIGUEZ FREYRE	55
12	ENFERMEDAD DE CUSHING JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ, FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ, CARMEN MORENO, ANDREA GARCÍA Y ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ	59
13	LA INSENSIBILIDAD CONGÉNITA AL DOLOR JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ, FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ, CARMEN MORENO, ANDREA GARCÍA Y ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ	65
14	SINDROME DE RETT JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ, FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ, CARMEN MORENO, ANDREA GARCÍA Y ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ	71
15	EL VÉRTIGO EN LA TERCERA EDAD FRANK ERNESTO RODRIGUEZ FREYRE Y NURIA SANCHEZ GARRIGOS	77
16	CASO CLÍNICO DE ESTENOSIS DE CARÓTIDA INTERNA ANA ESTIBALIZ ARMIJO PRADALES	81

17	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON MUCOSITIS ORAL EN UN CENTRO HOSPITALARIO ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC, TAMARA VILLANUEVA RODRIGO, JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA, INMACULADA LÓPEZ GARCÍA Y MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE	85
18	EL DRENAJE TORÁCICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC, TAMARA VILLANUEVA RODRIGO, JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA, INMACULADA LÓPEZ GARCÍA Y MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE	89
19	FUNCIONES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE LYME ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC, TAMARA VILLANUEVA RODRIGO, JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA, INMACULADA LÓPEZ GARCÍA Y MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE	93
20	CUIDANDO AL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) Y OTRAS PATOLOGÍAS JUAN GARCÍA GALÁN, ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ, ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ, LAURA BALLESTEROS JEREZ Y PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ	97
21	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA. RECUERDO PARA ENFERMERÍA CELIA SÁNCHEZ CASAS, LISALDA REINA TRUJILLO, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ, ANA ISABEL MOYA RINCÓN Y TAMARA NOVA VALERO	103
22	REVISIÓN BIBLIOGRAFÍA: COORDINACIÓN ENTRE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA CELIA SÁNCHEZ CASAS, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ, TAMARA NOVA VALERO, ANA ISABEL MOYA RINCÓN Y LISALDA REINA TRUJILLO	107

23 SEVOFLURANO COMO ANESTÉSICO TÓPICO EN HERIDAS COMPLEJAS	
LUIS MIGUEL MORO FERNÁNDEZ	111
24 CIRUGÍA: LA ESPLENECTOMÍA	
VERÓNICA BASTANTE RODRÍGUEZ	119
25 ATENCIÓN ENFERMERA EN LOS PROCEDIMIENTOS DE ACTIVACIÓN DEL ELECTROENCEFALOGRAMA	
ZUBEROA AZNÁREZ IBÁÑEZ, BIDANE LIZARRAGA MOZO, MIGUEL DÍEZ REVIRIEGO, GARAZI ECHEVERRIA NAGORE Y ANA AZNAREZ IBÁÑEZ	123
26 SÍNDROME DE HELLP DURANTE EL EMBARAZO	
MONICA VIDAL ARENAS, MARIA GARCIA GONZALEZ Y CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ	129
27 CUIDADOS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN ARTROPLASTIA DE CADERA	
NAZARET SOTO LABRA	137
28 CUIDADOS ENFERMEROS EN PACIENTE CON COLOSTOMÍA	
NAZARET SOTO LABRA	141
29 LA OSTEOPOROSIS	
ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ, JUAN GARCÍA GALÁN, ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ, LAURA BALLESTEROS JEREZ Y PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ	145
30 IMPACTO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	
JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO, SARA MARTINEZ HUERTA, ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ, IRENE LÓPEZ LENCINA Y ROCIO IBÁÑEZ GARCIA	151

- 31 ESTUDIO DE ENFERMERÍA SOBRE LA EFICACIA DE APLICACIONES MÓVILES EN LA EDUCACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES**
JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO, ROCIO IBAÑEZ GARCIA,
SARA MARTINEZ HUERTA, ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ Y
IRENE LÓPEZ LENCINA 157
- 32 INVESTIGACIÓN SOBRE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS**
JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO, ROCIO IBAÑEZ GARCIA,
ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ, IRENE LÓPEZ LENCINA Y
SARA MARTINEZ HUERTA 163
- 33 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE AFECTADO DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL**
MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES, NURIA GOMEZ JARILLO,
CLARA COMPANY GARCÍA, MARÍA GARCÍA ROMÁN Y MARÍA
LUCÍA GONZALEZ RUIZ 169
- 34 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL MANEJO DE LA MEDICACIÓN VÍA SUBCUTÁNEA E INFUSORES**
MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES, MARÍA LUCÍA GONZALEZ
RUIZ, MARÍA GARCÍA ROMÁN, NURIA GOMEZ JARILLO Y CLARA
COMPANY GARCÍA 173
- 35 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE QUEMADO**
MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES, CLARA COMPANY
GARCÍA, MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ, MARÍA GARCÍA ROMÁN
Y NURIA GOMEZ JARILLO 177
- 36 EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE ONCOLOGÍA Y LA ATENCIÓN DEL ENFERMERO**
CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ, OLGA FERNÁNDEZ RONDA, ANA
MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ, NATALIA CABAÑAS SESEÑA Y
AROA ALONSO SILLERO 181

37 ACTUACIÓN DE LA ENFERMERÍA ANTE UN PIE DIABÉTICO PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ, VANESSA ZUHEROS CORTECERO, CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA Y INMACULADA GÁMEZ MURILLO	185
38 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON CRISIS ASMÁTICA MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ, MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO, MARTA ABAD ABELLÁN, SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ Y GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE	189
39 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL PACIENTE DONANTE POTENCIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ, MARTA ABAD ABELLÁN, MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO, SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ Y GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE	193
40 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO: MANEJO DE UNA URGENCIA OBSTÉTRICA MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ, MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO, GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE, SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ Y MARTA ABAD ABELLÁN	197
41 ENFERMERÍA ANTE EL DESARROLLO CON LOS PACIENTES CON HIPOTERMIA PERIOPERATORIA CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA, MARTA MONTEALEGRE PINARDO, JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ, SHEYLA CARRETÓN CASTILLO Y CELIA CARRETERO PÉREZ	201
42 ENFERMERÍA Y SU APORTACION EN LOS PACIENTES CON EL DOLOR ONCOLÓGICO CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA, MARTA MONTEALEGRE PINARDO, JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ, SHEYLA CARRETÓN CASTILLO Y CELIA CARRETERO PÉREZ	207

- 43 ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DOMICILIARIO EN CASOS LEVES DE BROQUIOLITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ, SHEYLA CARRETÓN CASTILLO, CELIA CARRETERO PÉREZ, CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA Y MARTA MONTEALEGRE PINARDO 211
- 44 ENFERMERÍA ANTE LA EDUCACIÓN ALIMENTARIA
NIEVES FERNÁNDEZ TORRES, MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ, PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN, NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ Y DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN 217
- 45 ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL EN PACIENTES ADULTOS
NIEVES FERNÁNDEZ TORRES, MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ, PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN, NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ Y DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN 221
- 46 ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA HERIDA POR MORDEDURA DE PERRO
VANESSA ZUHEROS CORTECERO, INMACULADA GÁMEZ MURILLO, CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA Y PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ 225
- 47 EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA Y LA ATENCIÓN DEL ENFERMERO
CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ, OLGA FERNÁNDEZ RONDA, ANA MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ, NATALIA CABAÑAS SESEÑA Y AROA ALONSO SILLERO 229
- 48 EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE NEONATOS Y LA ATENCIÓN DEL ENFERMERO
CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ, OLGA FERNÁNDEZ RONDA, ANA MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ, NATALIA CABAÑAS SESEÑA Y AROA ALONSO SILLERO 233
- 49 ENFERMERÍA Y LA PRESERVACIÓN DE CORTEZA OVÁRICA EN NIÑAS AFECTADAS DE CÁNCER
MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ, PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN, NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ, DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN Y NIEVES FERNÁNDEZ TORRES 237

50	PACIENTE CON PARADA Y LA FORMA DE LLEVAR LA ACTUACIÓN EL EQUIPO DE ENFERMERÍA IRENE GALLARDO GALLEGO, ROCIO ORTEGA RUIZ, RUTH AZORÍN SOLER, ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ Y IRENE PÉREZ CARDENAL	245
51	ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA IRENE GALLARDO GALLEGO, ROCIO ORTEGA RUIZ, RUTH AZORÍN SOLER, ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ Y IRENE PÉREZ CARDENAL	249
52	ENFERMERÍA SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE UN ADENOCARCINOMA HEPÁTICO ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ, IRENE PÉREZ CARDENAL, IRENE GALLARDO GALLEGO, ROCIO ORTEGA RUIZ Y RUTH AZORÍN SOLER	255
53	INTERVENCIÓN ANTE UN GOLPE DE CALOR POR ENFERMERÍA EN URGENCIAS PATRICIA CALVO GUZMÁN, NATALIA MORENO JIMÉNEZ, ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ, DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN Y YOLANDA PADILLA GARCÍA	259
54	INTERVENCIÓN Y CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON AOS PATRICIA CALVO GUZMÁN, NATALIA MORENO JIMÉNEZ, ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ, DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN Y YOLANDA PADILLA GARCÍA	263
55	ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES QUEMADOS EN LA UNIDAD DE URGENCIAS NATALIA MORENO JIMÉNEZ, ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ, DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN, YOLANDA PADILLA GARCÍA Y PATRICIA CALVO GUZMÁN	267

56 TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE COLON	
MARIA ISABEL RUS ORTEGA, AIXA CASILDAS GÓMEZ, ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO, CAROLINA CAMPOS PÉREZ Y ALBA LÓPEZ-PELÁEZ	271
57 TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA	
MARIA ISABEL RUS ORTEGA, AIXA CASILDAS GÓMEZ, ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO, CAROLINA CAMPOS PÉREZ Y ALBA LÓPEZ-PELÁEZ	275
58 TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON PANCREATITIS CRÓNICA	
MARIA ISABEL RUS ORTEGA, AIXA CASILDAS GÓMEZ, ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO, CAROLINA CAMPOS PÉREZ Y ALBA LÓPEZ-PELÁEZ	279
59 LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DEL DOLOR	
MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN, CELIA ROLANDO CALLE, LAURA REDONDO CULEBRAS, MARTA CAÑAVERAS VALENCIA Y CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ	283
60 ENFERMERÍA EN URGENCIAS DE SALUD MENTAL Y EL INTENTO AUTOLÍTICO	
MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN, CELIA ROLANDO CALLE, LAURA REDONDO CULEBRAS, MARTA CAÑAVERAS VALENCIA Y CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ	289
61 PAPEL DE LA ENFERMERA CIRCULANTE E INSTRUMENTISTA EN QUIRÓFANO	
MARTA GARCÍA CUÉLLIGA, LAURA MÍNGUEZ CUBERO Y NIEVES HEREDIA ALONSO	293
62 LA ENFERMERIA Y SU IMPORTACIA EN LOS HOSPITALES	
MARÍA SORAYA ISLAS DELGADO Y FÁTIMA CANCHO GARLITO	297
63 EJERCICIO FÍSICO EN EL EMBARAZO	
MARIA GARCIA GONZALEZ, MONICA VIDAL ARENAS Y CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ	301

- 64 ENFERMERÍA Y EL PACIENTE QUE SE AUTOLESIONA**
CELIA ROLANDO CALLE, LAURA REDONDO CULEBRAS, MARTA
CAÑEVERAS VALENCIA, CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ Y
MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN 305
- 65 TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA INFANTIL CON LA TERAPIA
VOJTA**
MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID, EVA NOEMÍ
VIZCAYA TURPÍN, MARIA TERESA POBLETE MANZANARES, PILAR
VERA MUÑOZ Y RAQUEL BRAZAL ARAGON 309
- 66 BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN
PACIENTES CON PARKINSON**
MARIA TERESA POBLETE MANZANARES, PILAR VERA MUÑOZ,
RAQUEL BRAZAL ARAGON, EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN Y
MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID 315
- 67 COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DE
MEDICACIÓN INTRAMUSCULAR**
MARTA ESCRIBANO RUEDA, SILVIA RASINES AGUILAR, MAIRA
MARTÍN RODRÍGUEZ, CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ Y MARÍA DE
LA CRUZ VIDAL ÁVILA 319
- 68 COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DE
MEDICACIÓN INTRAVENOSA**
MARTA ESCRIBANO RUEDA, SILVIA RASINES AGUILAR, MAIRA
MARTÍN RODRÍGUEZ, CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ Y MARÍA DE
LA CRUZ VIDAL ÁVILA 323
- 69 COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DE
ESTUPEFACIENTES**
MARTA ESCRIBANO RUEDA, SILVIA RASINES AGUILAR, MAIRA
MARTÍN RODRÍGUEZ, CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ Y MARÍA DE
LA CRUZ VIDAL ÁVILA 327

70	PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CON HERNIA DISCAL EN PLANTA DE NEUROCIRUGÍA ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ, JUAN GARCÍA GALÁN, ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ, LAURA BALLESTEROS JEREZ Y PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ	331
71	FUNCIONES Y LA RELEVANCIA DE LA ENFERMERÍA EN LA SALUD AMBIENTAL NOELIA RAMOS CAMINO, MARÍA GÓMEZ PULIDO, CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ, MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS Y MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO	337
72	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE MATERNIDAD NOELIA RAMOS CAMINO, MARÍA GÓMEZ PULIDO, CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ, MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS Y MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO	341
73	LA IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA EN EL MALTRATO A ANCIANOS NOELIA RAMOS CAMINO, MARÍA GÓMEZ PULIDO, CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ, MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS Y MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO	345
74	PACIENTE CON ÚLCERA POR PRESIÓN. PLAN DE CUIDADOS ELENA MOYA CRESPO, AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ, JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS, MARINA RODRIGUEZ LUNA Y ANA DÍAZ CABALLERO	351
75	ABORDAJE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS, ANA ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ Y JULIA MARTÍN LUNA	359
76	EL ROL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS) ANA ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ, JULIA MARTÍN LUNA Y SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS	363

77 PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO ANDREA MORCILLO CARDENAS, ALICIA GARCIA PECO, LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE, PABLO GRANADOS NÚÑEZ Y SARA RUIZ LÓPEZ	367
78 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LAS DIETAS EXENTAS DE GLUTEN SEGÚN LA PATOLOGÍA DEL PACIENTE ANDREA MORCILLO CARDENAS, ALICIA GARCIA PECO, LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE, PABLO GRANADOS NÚÑEZ Y SARA RUIZ LÓPEZ	373
79 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA CONFIDENCIALIDAD CON EL PACIENTE ANDREA MORCILLO CARDENAS, ALICIA GARCIA PECO, LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE, PABLO GRANADOS NÚÑEZ Y SARA RUIZ LÓPEZ	377
80 CASO CLÍNICO SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA ÚLCERA POR PRESIÓN ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA, ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO, ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ, ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y MERCEDES MEGIA CAMACHO	381
81 LA SEXUALIDAD Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES, LA COMUNICACIÓN COMO EJE FUNDAMENTAL DE LAS RELACIONES Y PRINCIPALES ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL GEA NELIA CHUMILLAS PEREZ	387
82 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN AINHOA GARCIA SERRANO, MIGUEL DAMAS UREÑA, PATRICIA NAVARRO FUENTES, LAURA FLORES CUENCA Y IGNACIO LÓPEZ-PASTOR LOARCE	397
83 LA ENFERMERÍA Y EL TUMOR CEREBRAL PEDIÁTRICO AINHOA GARCIA SERRANO, MIGUEL DAMAS UREÑA, PATRICIA NAVARRO FUENTES, LAURA FLORES CUENCA Y IGNACIO LÓPEZ-PASTOR LOARCE	401

- 84 **LA ENFERMERIA Y EL PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASOS.**
AINHOA GARCIA SERRANO, MIGUEL DAMAS UREÑA, PATRICIA
NAVARRO FUENTES, LAURA FLORES CUENCA Y IGNACIO
LÓPEZ-PASTOR LOARCE 405
- 85 **ENFERMERÍA EN PERSONAS CON TRASTORNO DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA).**
JUAN JOSE CHACON BELMAR, EVA LOPEZ AGUDO, ROBERTO
PARDO PARDO, JOSE ANTONIO CACERES LORENTE Y RICARDO
BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ 409
- 86 **LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA
LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN DURANTE LA EDAD PEDIÁTRICA**
JUAN JOSE CHACON BELMAR, EVA LOPEZ AGUDO, ROBERTO
PARDO PARDO, JOSE ANTONIO CACERES LORENTE Y RICARDO
BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ 413
- 87 **QUÉ HACE EL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UNA SALA DE
OPERACIONES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
EVA LOPEZ AGUDO, ROBERTO PARDO PARDO, JOSE ANTONIO
CACERES LORENTE, RICARDO BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ Y JUAN
JOSE CHACON BELMAR 421
- 88 **ENCEFALOPATÍA DE SÍNDROME NEUROLÓGICO Y LA FUNCIÓN
DE ENFERMERÍA.**
NIEVES TENA DEL POZO, EVA GARCÍA RODRÍGUEZ, CARLOTA
SERRANO LÓPEZ, MARÍA SIMÓN CABRERA Y ESTEFANIA MUÑOZ
OÑATE 429
- 89 **LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN EN PACIENTES POR
PARTE DE ENFERMERÍA.**
NIEVES TENA DEL POZO, EVA GARCÍA RODRÍGUEZ, CARLOTA
SERRANO LÓPEZ, MARÍA SIMÓN CABRERA Y ESTEFANIA MUÑOZ
OÑATE 433

- 90 MANEJO POR ENFERMERÍA DEL DELIRIO EN UN PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**
MARÍA SIMÓN CABRERA, ESTEFANIA MUÑOZ OÑATE, NIEVES TENA DEL POZO, EVA GARCÍA RODRÍGUEZ Y CARLOTA SERRANO LÓPEZ 439
- 91 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE DIABÉTICO: PIE DIABÉTICO**
M^a ELISABETH SERRANO MORA, MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ, LAURA TRUJILLO SERRANO, MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS Y MARÍA APOLONIA BETETA BETETA 443
- 92 CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LAS CRISIS DE LACTANCIA: BROTES DE CRECIMIENTO**
MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS, M^a ELISABETH SERRANO MORA, LAURA TRUJILLO SERRANO, MARÍA APOLONIA BETETA BETETA Y MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ 449
- 93 CASO CLÍNICO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) AGUDO BILATERAL**
MERCEDES MEGIA CAMACHO, ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA, ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO, ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ Y ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 455
- 94 INFECCIONES RESPIRATORIAS VIRALES MÁS PREVALENTES EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO**
MARÍA DEL CARMEN GARCÍA CARRETERO 465
- 95 CÓMO ACTÚA ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUE ESTÁ SUFRIENDO UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**
ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA, MARIA GOMEZ GOMEZ, CLARA ROMERO GARCÍA, ISABEL ANGORA PANTOJA Y MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ 473
- 96 PACIENTES QUE LES PONEN MARCAPASOS Y LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA**
ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA, MARIA GOMEZ GOMEZ, CLARA ROMERO GARCÍA, ISABEL ANGORA PANTOJA Y MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ 477

97 LA ENFERMERÍA ANTE EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA EN EL LACTANTE: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
MARINA RODRIGUEZ LUNA, ELENA MOYA CRESPO, JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS, AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ Y ANA DÍAZ CABALLERO	483
98 GRIETAS EN EL PEZÓN DURANTE LA LACTANCIA MATERNA	
LAURA SIERRA ÁLVAREZ	487
99 COMPETENCIAS Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS	
PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA, M DEL CARMEN RICO CASTILLA, ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ, ANTONIO JESÚS VALLEJO VILLANUEVA Y ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ	491
100 EL MALTRATO INFANTIL EN LA POBLACIÓN	
MARÍA FERNÁNDEZ MUÑIZ	495
101 EL CELADOR EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y AUTOPSIAS	
PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA, M DEL CARMEN RICO CASTILLA, ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ, ANTONIO JESÚS VALLEJO VILLANUEVA Y ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ	499
102 EL CELADOR DURANTE EL PASO DE UN PACIENTE NO COLABORATIVO DESDE LA CAMA AL SILLÓN	
M DEL CARMEN RICO CASTILLA, ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ, ANTONIO JESÚS VALLEJO VILLANUEVA, ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ Y PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA	503
103 EL DOLOR CRÓNICO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO	
CELIA ARROYO MOLINA, NATALIA AMATE ESCABIAS, LAURA VARGAS BEAMUD, BLANCA HERRERO ALCAIDE Y ALBA LÓPEZ MARTIN	507
104 ELECTROENCEFALOGRAMA INFANTIL (EEG)	
MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ, M ^a ELISABETH SERRANO MORA, LAURA TRUJILLO SERRANO, MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS Y MARÍA APOLONIA BETETA BETETA	517

105 PLAN DE CUIDADOS DEL TRASPLANTE CARDÍACO MARINA RODRIGUEZ LUNA, AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ, JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS, ANA DÍAZ CABALLERO Y ELENA MOYA CRESPO	523
106 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO PSICOSOCIAL DEL PACIENTE GRAN QUEMADO ADULTO SILVIA PÉREZ ARTEAGA, ALBA PARRA MORENO, ISABEL RUBIO DOMINGUEZ, MARIA VILLAJOS MAYORALAS Y SERGIO SANCHO ARROYO	531
107 PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA, EL PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS ASOCIADOS A LA TÉCNICA MARIA VILLAJOS MAYORALAS, SILVIA PÉREZ ARTEAGA, SERGIO SANCHO ARROYO, ISABEL RUBIO DOMINGUEZ Y ALBA PARRA MORENO	545
108 LAS LLAMADAS TELEFÓNICAS POR PARTE DE ENFERMERÍA EN EL CÁNCER DE MAMA SERGIO SANCHO ARROYO, MARIA VILLAJOS MAYORALAS, ISABEL RUBIO DOMINGUEZ, ALBA PARRA MORENO Y SILVIA PÉREZ ARTEAGA	551
109 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE Y TRAS LA INSERCIÓN DEL OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA MELODY TORIJA RESUELA	555
110 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DOLOR CRÓNICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA MELODY TORIJA RESUELA	559
111 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL MELODY TORIJA RESUELA	563
112 HIPNOPARTO: NUEVA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO MONICA VIDAL ARENAS, CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ Y MARIA GARCIA GONZALEZ	567

- 113 DESARROLLO POR ENFERMERÍA DE LA RELEVANCIA EN SALUD DE LAS VACUNAS**
YOLANDA TRAPERO MORENO, CAROLINA SOLANA ROMERO,
LUCIA RUBIO CORONADO Y SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE 573
- 114 VALORES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
YOLANDA TRAPERO MORENO, YOLANDA TORRES ORTEGA,
CAROLINA SOLANA ROMERO, LUCIA RUBIO CORONADO Y SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE 579
- 115 LA PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE FLEBITIS EN PACIENTES EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
CAROLINA SOLANA ROMERO, LUCIA RUBIO CORONADO, SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE, YOLANDA TRAPERO MORENO Y YOLANDA TORRES ORTEGA 583
- 116 EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA DIABETES**
MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ, SILVIA LEÓN MAS, ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ, ALICIA SERRANO DUQUE Y CRISTINA GIJÓN RUIZ 587
- 117 INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DISNEA**
MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ, SILVIA LEÓN MAS, ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ, ALICIA SERRANO DUQUE Y CRISTINA GIJÓN RUIZ 593
- 118 PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA EDUCACIÓN SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE INMUNOSUPRESORES EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE ÓRGANO SÓLIDO**
MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ, SILVIA LEÓN MAS, ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ, ALICIA SERRANO DUQUE Y CRISTINA GIJÓN RUIZ 597
- 119 TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE ONCOLOGÍA HOSPITALARIA**
DAVID MARTINEZ GÓMEZ, ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ, CARMEN SILLER ZAMORA, ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ Y LORENA CANO LOPEZ 603

- 120 TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR HOSPITALARIA**
DAVID MARTINEZ GÓMEZ, ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ, CARMEN SILLER ZAMORA, ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ Y LORENA CANO LOPEZ 607
- 121 TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE CIRUGÍA MAYOR**
DAVID MARTINEZ GÓMEZ, ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ, CARMEN SILLER ZAMORA, ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ Y LORENA CANO LOPEZ 611
- 122 EL FISIOTERAPEUTA APLICANDO EL MÉTODO PILATES EN MUJERES QUE HAN SUPERADO EL CÁNCER DE MAMA**
MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO 615
- 123 "PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS: EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN FAMILIAR Y COMUNITARIA"**
JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS, AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ, ELENA MOYA CRESPO, MARINA RODRIGUEZ LUNA Y ANA DÍAZ CABALLERO 619
- 124 ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CONSUMIDOR DE COCAÍNA**
BARTOLOME MALAGON AYLLON, BLANCA SÁEZ CASTILLO, SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL, ALMUDENA TORRES ATIENZAR Y ESTHER CUESTA NAVARRO 625
- 125 "NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA. EL PAPEL DE LA M-HEALTH EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD."**
JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS, AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ, ELENA MOYA CRESPO, MARINA RODRIGUEZ LUNA Y ANA DÍAZ CABALLERO 629
- 126 NEUMOPERITONEO EN PACIENTE CON EVENTRACIÓN GIGANTE**
JULIA GARRIDO PÉREZ, BEATRIZ BEAMUD MOLINA, CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO, LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN Y MARÍA MORA CORRAL 635

127	TERAPIA COMPRESIVA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA JULIA GARRIDO PÉREZ, BEATRIZ BEAMUD MOLINA, CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO, MARÍA MORA CORRAL Y LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN	639
128	UTILIZACIÓN DE MEDIOS COMPRESIVOS POR ENFERMERÍA EN ÚLCERAS VENOSAS. LAURA VARGAS BEAMUD, CELIA ARROYO MOLINA, ALBA LÓPEZ MARTIN, NATALIA AMATE ESCABIAS Y BLANCA HERRERO ALCAIDE	643
129	CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD, ENRIQUE GONZÁLEZ PEREZ OLIVARES, PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA, ELISABETH LEÑADOR PÉREZ Y MARIO SANCHEZ NAVIO	647
130	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD, ENRIQUE GONZÁLEZ PEREZ OLIVARES, PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA, MARIO SANCHEZ NAVIO Y ELISABETH LEÑADOR PÉREZ	651
131	LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE UN SÍNDROME FEBRIL EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN PAULA PAGE PEREZ, IRENE PEÑALVER COLMENERO, YOANA ZARCO SORIANO, TAMARA MOLINA ESPEJO Y PATRICIA HINAREJOS NAVARRO	655
132	LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA INFANTIL EMMA MARTÍN MAÑAS	659
133	FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN QUIRÓFANO ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO, ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA, ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ, ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y MERCEDES MEGIA CAMACHO	667

134 ATENCIÓN A LA NIÑA Y EL NIÑO INMIGRANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA	
EMMA MARTÍN MAÑAS, MARIA MANZANEQUE CAÑADILLAS, NOELIA VALVERDE BAEZA, NATALIA ISABEL GALLARÍN VALVERDE Y ADELA CUENCA ARANDA	671
135 MITOS Y REALIDADES SOBRE EL SUEÑO INFANTIL	
EMMA MARTÍN MAÑAS, MARIA MANZANEQUE CAÑADILLAS, NATALIA ISABEL GALLARÍN VALVERDE, NOELIA VALVERDE BAEZA Y ADELA CUENCA ARANDA	679
136 CIRUGÍA MENOR Y SUTURAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.	
CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA, VANESSA ZUHEROS CORTECERO, INMACULADA GÁMEZ MURILLO Y PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ	685
137 CUIDADOS PALIATIVOS; DEFINICIÓN Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS	
JAVIER MARTÍN MACÍAS, JULIA LERIDA CAMUÑAS, ANA MARÍA PÉREZ LÓPEZ Y ÁLVARO DURÁN RELAÑO	691
138 BANCO DE LECHE MATERNA. ACTUACIÓN ENFERMERA	
BEATRIZ BEAMUD MOLINA, JULIA GARRIDO PÉREZ, CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO, MARÍA MORA CORRAL Y LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN	697
139 VACUNANDO FRENTE AL ROTAVIRUS.	
EMMA MARTÍN MAÑAS, MARIA MANZANEQUE CAÑADILLAS, NATALIA ISABEL GALLARÍN VALVERDE, NOELIA VALVERDE BAEZA Y ADELA CUENCA ARANDA	701
140 PAPEL DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN LA PREVENCIÓN Y CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL	
ÁLVARO DURÁN RELAÑO, JAVIER MARTÍN MACÍAS, ANA MARÍA PÉREZ LÓPEZ Y JULIA LERIDA CAMUÑAS	707
141 ACTUALIZACIÓN SOBRE EL CÁNCER PARA ENFERMERÍA	
JUAN SATURIO SANTOS, MARÍA DEL PILAR ROMERO BARRAGÁN, RAÚL FERNÁNDEZ DE MARCOS DE LA MORENA, CRISTINA HERNÁNDEZ MORENO-MANZANARO Y MARIA DE LOS DOLORES OCAÑA MORAGA	713

- 142 LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA Y FÁRMACOS EMPLEADOS**
JUAN SATURIO SANTOS, MARÍA DEL PILAR ROMERO BARRAGÁN,
RAÚL FERNÁNDEZ DE MARCOS DE LA MORENA, CRISTINA
HERNÁNDEZ MORENO-MANZANARO Y MARIA DE LOS DOLORES
OCAÑA MORAGA 717
- 143 HIGIENE, ASEPSIA Y ESTERILIZACIÓN: CONCEPTOS BÁSICOS DE
TODA CIRUGÍA**
JUAN SATURIO SANTOS, MARÍA DEL PILAR ROMERO BARRAGÁN,
RAÚL FERNÁNDEZ DE MARCOS DE LA MORENA, CRISTINA
HERNÁNDEZ MORENO-MANZANARO Y MARIA DE LOS DOLORES
OCAÑA MORAGA 721
- 144 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**
JENNIFER LOPEZ SANCHEZ, NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA, ESTER
DEL MAZO GARCÍA, LAURA MUÑOZ SORIA Y ANA ISABEL GARCIA
SANCHO 725
- 145 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LA CRISIS RENOURETRAL**
JENNIFER LOPEZ SANCHEZ, NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA, ESTER
DEL MAZO GARCÍA, LAURA MUÑOZ SORIA Y ANA ISABEL GARCIA
SANCHO 731
- 146 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE NEONATOS**
JENNIFER LOPEZ SANCHEZ, NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA, ESTER
DEL MAZO GARCÍA, LAURA MUÑOZ SORIA Y ANA ISABEL GARCIA
SANCHO 737
- 147 EDUCACIÓN PARA LA SALUD: PAPEL DE LA ENFERMERÍA
DURANTE EL CLIMATERIO**
JULIA LERIDA CAMUÑAS, JAVIER MARTÍN MACÍAS, ANA MARÍA
PÉREZ LÓPEZ Y ÁLVARO DURÁN RELAÑO 743
- 148 IMPORTANCIA DE LAS TOMAS NOCTURNAS EN LA LACTANCIA
MATERNA**
ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ, ALBERTO GONZÁLEZ
FERNÁNDEZ, ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO, ESTEFANÍA RAMÍREZ
BORJA Y MERCEDES MEGIA CAMACHO 749

149	LAS COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA EN LA DIRECCIÓN SANITARIA NATALIA AMATE ESCABIAS, ALBA LÓPEZ MARTIN, LAURA VARGAS BEAMUD, BLANCA HERRERO ALCAIDE Y CELIA ARROYO MOLINA	755
150	LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LAS OSTOMÍAS YOANA ZARCO SORIANO, TAMARA MOLINA ESPEJO, PATRICIA HINAREJOS NAVARRO, PAULA PAGE PEREZ Y IRENE PEÑALVER COLMENERO	759
151	ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL EN MUJERES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA ALBORADA TORRES MONTERO, MARÍA DÍAZ REAL, CRISTIAN NIÑO GOMEZ, GLORIA LOPEZ GÓMEZ Y JULIA NAVALON TARRAGA	763
152	IDENTIFICACIÓN DE ENFERMERÍA DE AFECCIÓN CARDIACA ALBORADA TORRES MONTERO, MARÍA DÍAZ REAL, CRISTIAN NIÑO GOMEZ, GLORIA LOPEZ GÓMEZ Y JULIA NAVALON TARRAGA	767
153	LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CÓDIGO CORAZÓN "IAMASTUR" ALBORADA TORRES MONTERO, MARÍA DÍAZ REAL, CRISTIAN NIÑO GOMEZ, GLORIA LOPEZ GÓMEZ Y JULIA NAVALON TARRAGA	771
154	LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA PARA ELIMINAR LAS SECRECIONES DEL PACIENTE. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES YOANA ZARCO SORIANO, TAMARA MOLINA ESPEJO, PATRICIA HINAREJOS NAVARRO, PAULA PAGE PEREZ Y IRENE PEÑALVER COLMENERO	775

155	MANEJO DE LA INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA JULIA GARRIDO PÉREZ, LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN, BEATRIZ BEAMUD MOLINA, CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO Y MARÍA MORA CORRAL	779
156	PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES MARÍA VICTORIA GARCÍA DE MATEOS ARIAS Y KARLA SUZETTE BETANCORT URDIN	787
157	LOS MÉTODOS DE ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO LAURA MÍNGUEZ CUBERO, MARTA GARCÍA CUÉLLIGA Y NIEVES HEREDIA ALONSO	791
158	LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE OSTOMIZADO LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN, JULIA GARRIDO PÉREZ, BEATRIZ BEAMUD MOLINA, CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO Y MARÍA MORA CORRAL	799
159	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ANÁLISIS ÉTICO-SANITARIO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA PARA ENFERMERÍA ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ, LISAIDA REINA TRUJILLO, CELIA SÁNCHEZ CASAS, TAMARA NOVA VALERO Y ANA ISABEL MOYA RINCÓN	803
160	ROL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PORTH A CATH KARLA SUZETTE BETANCORT URDIN Y MARÍA VICTORIA GARCÍA DE MATEOS ARIAS	807
161	CASO CLÍNICO: DESGARRO CUTÁNEO EN PACIENTE CON PLURIPATOLOGÍA SEBASTIÁN ESTEBO FERNÁNDEZ DE LAS HERAS Y JACOBO VÁZQUEZ MÁRQUEZ	811
162	LA MENOPAUSIA Y SUS REPERCUSIONES LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN, JULIA GARRIDO PÉREZ, MARÍA MORA CORRAL, BEATRIZ BEAMUD MOLINA Y CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO	817

- 163 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PALIATIVO
PEDIÁTRICO**
JULIA MARTÍN LUNA, SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS Y ANA
ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ 821
- 164 EL MALTRATO INFANTIL, UN PROBLEMA OCULTO**
ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA,
MERCEDES MEGIA CAMACHO, ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ Y
ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO 825
- 165 NUEVOS CONOCIMIENTOS LLEVADOS A CABO SOBRE LA
INVESTIGACIÓN DE LA FIBROMIALGIA**
MARÍA MUÑOZ CARRETERO, MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ Y
CÉSAR FRANCISCO VERDEJO 831
- 166 ACTUALIZACIÓN EN SALUD MENTAL. ABORDAJE
MULTIDISCIPLINAR EN EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**
MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, CÉSAR FRANCISCO VERDEJO Y
MARÍA MUÑOZ CARRETERO 835
- 167 EDUCACIÓN SANITARIA INDIVIDUALIZADA VERSUS GRUPAL EN
LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA**
NIEVES HEREDIA ALONSO, LAURA MÍNGUEZ CUBERO Y MARTA
GARCÍA CUÉLLIGA 841
- 168 LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMEDAD CELIACA**
ENRIQUE GONZÁLEZ PEREZ OLIVARES, ALEJANDRO GINÉS RUBIO
ALCANTUD, PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA, ELISABETH LEÑADOR
PÉREZ Y MARIO SANCHEZ NAVIO 847
- 169 ENFERMERÍA: LOS ANTISÉPTICOS MÁS UTILIZADOS**
MARIA VICTORIA CASARRUBIOS CARRASCO 851
- 170 ACTUACIÓN FRENTE A CRISIS CONVULSIVAS FEBRILES EN LA
ATENCIÓN PRIMARIA**
MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO, CARMEN MARÍA BRAVO
FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, CARLOS VERA
HERVÁS Y LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA 855

- 171 ACTUACIÓN SOBRE PACIENTES CON INFECCIÓN POR LISTERIA EN ATENCIÓN PRIMARIA**
MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO, CARMEN MARÍA BRAVO
FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, CARLOS VERA
HERVÁS Y LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA 861
- 172 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UNA PACIENTE INTERVENIDA DE MASTECTOMÍA**
SERGIO BARBERO SÁNCHEZ, GEMA MAGÁN CANO, ANA PÉREZ
PLAZA, ÁNGELA TENDERO MORALEDA Y GUILLERMO JIMENEZ
TOLEDO 867
- 173 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE TAKO -TSUBO**
SERGIO BARBERO SÁNCHEZ, GEMA MAGÁN CANO, ANA PÉREZ
PLAZA, ÁNGELA TENDERO MORALEDA Y GUILLERMO JIMENEZ
TOLEDO 879
- 174 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE EN PROCESO DE GESTACIÓN CON PREECLAMPSIA**
SERGIO BARBERO SÁNCHEZ, GEMA MAGÁN CANO, ANA PÉREZ
PLAZA, ÁNGELA TENDERO MORALEDA Y GUILLERMO JIMENEZ
TOLEDO 889
- 175 ACTUACIÓN A PACIENTES CON INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN ATENCIÓN PRIMARIA**
MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO, CARMEN MARÍA BRAVO
FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, CARLOS VERA
HERVÁS Y LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA 901
- 176 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN CÓDIGO ICTUS EN UN CENTRO HOSPITALARIO**
LUCIA PANIAGUA MONTORO, HELENA GARCIA MARTINEZ,
ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ, INMACULADA MARTÍNEZ
SAIZ Y CARMEN LOZANO MARTÍNEZ 907

177 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PCIENTE POLITRAUMATIZADO	
HELENA GARCIA MARTINEZ, LUCIA PANIAGUA MONTORO, ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ, INMACULADA MARTÍNEZ SAIZ Y CARMEN LOZANO MARTÍNEZ	911
178 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL TRIAJE DE UN CENTRO HOSPITALARIO	
ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ, LUCIA PANIAGUA MONTORO, HELENA GARCIA MARTINEZ, INMACULADA MARTÍNEZ SAIZ Y CARMEN LOZANO MARTÍNEZ	915
179 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL INTENTO DE SUICIDIO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL	
MARÍA NIETO DE LA TORRE	919
180 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA	
MARÍA MORA CORRAL, LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN, BEATRIZ BEAMUD MOLINA, CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO Y JULIA GARRIDO PÉREZ	923
181 APOYAR EN LA ALIMENTACIÓN A LAS PERSONAS QUE TIENEN DIFICULTADES PARA COMER Y BEBER	
JONATHAN ALONSO FERNANDEZ	937
182 TÉCNICAS DE GIRO Y MANEJO DEL ENFERMO POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO	
JOANA GONZALEZ ALVAREZ Y MARÍA ISABEL CASTRO RUBIO	943
183 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DE LA Sonda VESICAL	
MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS, MIRIAN CALERO MORENO, MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE, NICOLETA TALPA Y MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ	947
184 INGRESO HOSPITALARIO DEL NIÑO. ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO	
JOANA GONZALEZ ALVAREZ Y MARÍA ISABEL CASTRO RUBIO	953

185 EL VÉRTIGO Y EL APOYO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) JANETE CARINA FERNÁNDEZ PÉREZ	957
186 EL PACIENTE TERMINAL MONTSERRAT NUÑEZ DIAZ	961
187 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA FRENTE A UNA URGENCIA DE INFARTO AGUDO MIOCARDIO BÁRBARA MOLINA DÍAZ, ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ Y SABELA OTERO RIAL	965
188 APOYO DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OBESIDAD BÁRBARA MOLINA DÍAZ, ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ Y SABELA OTERO RIAL	971
189 ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON PACIENTES INFECTADOS DE TUBERCULOSIS BÁRBARA MOLINA DÍAZ, ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ Y SABELA OTERO RIAL	977
190 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN MARIA DE LA CRUZ DELGADO, SHEILA ARENAS MARTINEZ, ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA, MARIA DEL PILAR PIÑERO MORAIRA Y SONIA LINARES RINCÓN	983
191 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE QUE SUFRE UNA ENFERMEDAD MENTAL. REVISION BIBLIOGRÁFICA MARIA DE LA CRUZ DELGADO, SHEILA ARENAS MARTINEZ, ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA, MARIA DEL PILAR PIÑERO MORAIRA Y SONIA LINARES RINCÓN	989
192 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO, MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ Y VANESA MARTIN CASASOLAS	993

193 EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO ANTE LOS GRUPOS DE ALIMENTOS. CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE ALIMENTACIÓN	
JOANA GONZALEZ ALVAREZ Y MARÍA ISABEL CASTRO RUBIO	997
194 INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN CENTROS HOSPITALARIOS	
MARTA CANEL FERNÁNDEZ Y ANA ISABEL GARCÍA GONZÁLEZ	1001
195 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN A PACIENTES DE MOVILIDAD REDUCIDA	
MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA CONSUEGRA, MARIA DEL CARMEN MAROTO MARCOTE, ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ, LUCIA RAMOS ADEVA Y MERCEDES MADRID MONREAL	1005
196 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN	
VANESA MARTIN CASASOLAS, MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO Y MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ	1009
197 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UNA ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO	
ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ, MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES, OSCAR ORTEGA PINEDO Y TERESA CARBONERAS NAVALON	1013
198 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA ATENCIÓN A PACIENTES CON DESÓRDENES ALIMENTICIOS	
MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA CONSUEGRA, MARIA DEL CARMEN MAROTO MARCOTE, ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ, MERCEDES MADRID MONREAL Y LUCIA RAMOS ADEVA	1019
199 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA	
MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ, VANESA MARTIN CASASOLAS Y MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO	1023

- 200** **FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CON ALZHEIMER**
CELIA ROSA LORENZO PÉREZ, MARÍA AMPARO MARTÍN
PALACIOS, MARIA GLORIA MARTÍNEZ POZO, RAQUEL ESCRIBANO
LUCAS Y LAURA IGLESIAS LOPEZ **1027**
- 201** **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DE DRENAJES**
MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES, MARTA JIMÉNEZ
GONZÁLEZ, OSCAR ORTEGA PINEDO, ANA MARIA JIMENEZ
BLÁZQUEZ Y TERESA CARBONERAS NAVALON **1031**
- 202** **LAS HERIDAS FORMADAS POR EL ENCAMAMIENTO PERMANENTE DE LOS PACIENTES Y EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA**
CELIA ROSA LORENZO PÉREZ, MARÍA AMPARO MARTÍN
PALACIOS, MARIA GLORIA MARTÍNEZ POZO, RAQUEL ESCRIBANO
LUCAS Y LAURA IGLESIAS LOPEZ **1035**
- 203** **CUIDADOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A UN PACIENTE CON ALIMENTACIÓN CON Sonda NASOGÁSTRICA**
MARÍA AMPARO MARTÍN PALACIOS, MARIA GLORIA MARTÍNEZ
POZO, RAQUEL ESCRIBANO LUCAS, LAURA IGLESIAS LOPEZ Y
CELIA ROSA LORENZO PÉREZ **1039**
- 204** **HERIDAS EN EL MEDIO HOSPITALARIO**
MARÍA DEL CARMEN LLENIN RODRÍGUEZ **1043**
- 205** **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (TCA)**
OSCAR ORTEGA PINEDO, MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, MARIA DE
LA ESPERANZA PÉREZ TORRES, ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ
Y TERESA CARBONERAS NAVALON **1047**

- 206**TELEMEDICINA Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA: NUEVAS COMPETENCIAS EN LA
ERA DIGITAL
ENEKA RAMOS FERNÁNDEZ, MARÍA GIL CALDERÓN, MAYRA
VANESSA PÉREZ MARTÍN, VALLE CARRASCOSO MARÍN Y DAVINIA
ALMEIDA DÉNIZ 1053
- 207**SOSTENIBILIDAD EN LOS HOSPITALES: PRÁCTICAS
ECO-AMIGABLES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE)
ENEKA RAMOS FERNÁNDEZ, MARÍA GIL CALDERÓN, MAYRA
VANESSA PÉREZ MARTÍN, DAVINIA ALMEIDA DÉNIZ Y VALLE
CARRASCOSO MARÍN 1057
- 208**INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ATENCIÓN CENTRADA EN EL
PACIENTE: LAS SOFT SKILLS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA DEL FUTURO
ENEKA RAMOS FERNÁNDEZ, MARÍA GIL CALDERÓN, DAVINIA
ALMEIDA DÉNIZ, VALLE CARRASCOSO MARÍN Y MAYRA VANESSA
PÉREZ MARTÍN 1063
- 209**LA OXIGENOTERAPIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA, SONIA BRASERO CANO,
INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO, ESPERANZA
CESPEDES ESCALONA Y MIRIAM ALONSO CANO 1069
- 210**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
(TCAE) Y LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES
LUCIA DIAZ RIVERO, MARÍA MARCOS ESCUDERO, ALEJANDRO
MATA ROMAY, ELADIO ROJO FERNANDEZ Y M^a DEL ROCIO DIAZ
FERNANDEZ 1073
- 211**EFFECTO DE LA APLICACIÓN DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR
EN FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON HOMBRO DOLOROSO Y
POSIBLES DAÑOS PRODUCIDOS
MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID, EVA NOEMÍ
VIZCAYA TURPÍN, MARIA TERESA POBLETE MANZANARES, PILAR
VERA MUÑOZ Y RAQUEL BRAZAL ARAGON 1079

- 212 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REANIMACIÓN**
CRISTINA SÁNCHEZ CORTÉS, NURIA SIERRA MADERO, ANA MARÍA CORDOVILLA VILLENA Y RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA **1085**
- 213 LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA MATERNIDAD**
NOEMI SABIDO GARCÍA, DIANA LAGUNA CANO, MARIA EUGENIA SERRANO SANCHEZ, ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO Y LARA PALOMARES REBOLLERO **1089**
- 214 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS**
DIANA LAGUNA CANO, MARIA EUGENIA SERRANO SANCHEZ, ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO, LARA PALOMARES REBOLLERO Y NOEMI SABIDO GARCÍA **1093**
- 215 REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR, DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS VISTO POR LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
M^a DEL ROCIO DIAZ FERNANDEZ, ELADIO ROJO FERNANDEZ, ALEJANDRO MATA ROMAY, MARÍA MARCOS ESCUDERO Y LUCIA DIAZ RIVERO **1097**
- 216 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): NUTRICIÓN. PATOLOGÍAS NUTRICIONALES**
MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ, TANIA DURAN CARRASCO, VANESSA MARÍA GUZMÁN MORA, MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA Y MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ **1105**
- 217 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO DE HEMOSTASIA**
MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES, OSCAR ORTEGA PINEDO, ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ Y TERESA CARBONERAS NAVALON **1109**

- 218 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA AYUDA A PERSONAS HOSPITALIZADAS PARA EVITAR LAS CAÍDAS**
BELÉN COSTA MARTÍNEZ, MARIA DEL CARMEN FLORES
CORCOLES, ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ, KAREN FABIOLA
TORRES Y JESUS ANGEL SÁEZ COTILLAS 1115
- 219 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PALIATIVOS: FUNCIONES**
BELÉN COSTA MARTÍNEZ, MARIA DEL CARMEN FLORES
CORCOLES, ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ, JESUS ANGEL SÁEZ
COTILLAS Y KAREN FABIOLA TORRES 1119
- 220 DESAFÍOS A LOS QUE ESTÁ SOMETIDO EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).**
ROSA MARIA GOMEZ PIMPOLLO DEL OLMO, VANESA ROJO
CASTELLANOS, ANA BELÉN GARCIA HURTADO, NOELIA
GUERRERO MORENO-ARRONES Y ZURLEYMA PÉREZ CARDONA 1123
- 221 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).**
VANESA ROJO CASTELLANOS, ANA BELÉN GARCIA HURTADO,
NOELIA GUERRERO MORENO-ARRONES, ZURLEYMA PÉREZ
CARDONA Y ROSA MARIA GOMEZ PIMPOLLO DEL OLMO 1127
- 222 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES QUE NECESITAN CUIDADOS PALIATIVOS**
ROSARIO PÉREZ ESPADA, ALBA GARCÍA RODENAS, MARIA
IGNACIA MARECOS SPAINI, MARTA ESCRIBANO BLEDA Y SARA
IBAÑEZ PÉREZ 1131
- 223 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON UN ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO**
ROSARIO PÉREZ ESPADA, ALBA GARCÍA RODENAS, MARIA
IGNACIA MARECOS SPAINI, MARTA ESCRIBANO BLEDA Y SARA
IBAÑEZ PÉREZ 1135

- 224 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE PSQUIATRÍA HOSPITALARIA Y SALUD MENTAL**
ROSARIO PÉREZ ESPADA, ALBA GARCÍA RODENAS, MARIA IGNACIA MARECOS SPAINI, MARTA ESCRIBANO BLEDA Y SARA IBAÑEZ PÉREZ 1139
- 225 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE EN ESTADO TERMINAL DENTRO DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO, DOLORES SÁNCHEZ ROMERO, JESUS TORRESANO ORGANERO, BELÉN LÓPEZ GARRIDO Y DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA 1143
- 226 EL IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA REALIZADAS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CRÓNICOS**
GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO, DOLORES SÁNCHEZ ROMERO, JESUS TORRESANO ORGANERO, BELÉN LÓPEZ GARRIDO Y DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA 1147
- 227 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS**
DOLORES SÁNCHEZ ROMERO, JESUS TORRESANO ORGANERO, BELÉN LÓPEZ GARRIDO, DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA Y GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO 1151
- 228 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS EMOCIONES DEL PACIENTE EN URGENCIAS**
ELADIO ROJO FERNANDEZ, ALEJANDRO MATA ROMAY, MARÍA MARCOS ESCUDERO, LUCIA DIAZ RIVERO Y M^a DEL ROCIO DIAZ FERNANDEZ 1155
- 229 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): CATETERIZACIÓN URINARIA EN HOMBRE**
MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ, TANIA DURAN CARRASCO, VANESSA MARÍA GUZMÁN MORA, MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA Y MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ 1159

- 230EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LA PREPARACIÓN DE UN PACIENTE ANTE UNA
COLONOSCOPIA**
TERESA CARBONERAS NAVALON, MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ,
MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES, OSCAR ORTEGA
PINEDO Y ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ 1163
- 231LOS COMETIDOS DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES
EN ENFERMERÍA Y LOS ENFERMOS RENALES.**
AQUILINA CERDAN JIMENEZ, ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ,
ANTONIA MAESTRE GONZÁLEZ, CORAL RAMÍREZ MORA Y JUDY
GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN 1167
- 232CUIDADOS ESPECÍFICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES EN ENFERMERÍA CON EL PACIENTE
HOSPITALIZADO CON SONDAGE VESICAL PERMANENTE.**
MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ, TANIA DURAN CARRASCO, VANESSA
MARÍA GUZMÁN MORA, MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ
CARRANZA Y MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ 1171
- 233EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE
LESIONES EN LA PIEL**
ANA DOÑATE ARNEDO, ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA, FRANCISCO
JAVIER GIL FAJARDO, MARIA EUFRASIA GONZÁLEZ TORNERO Y
ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO 1175
- 234EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LOS CUIDADOS POST-MORTEM**
ANA DOÑATE ARNEDO, FRANCISCO JAVIER GIL FAJARDO,
ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA, MARIA EUFRASIA GONZÁLEZ
TORNERO Y ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO 1179
- 235EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL
ÁREA DE ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA**
ANA DOÑATE ARNEDO, ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA, MARIA
EUFRASIA GONZÁLEZ TORNERO, ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO Y
FRANCISCO JAVIER GIL FAJARDO 1183

- 236 CUIDADOS ESPECIALES EN LA SONRISA DE LA INFANCIA: EL PAPEL FUNDAMENTAL DE LOS TÉCNICO 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 1187
- 237 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS
MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO, MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO, TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO, ALEJANDRO PEREZ GARCIA Y JUANA REYES ESPINOSA 1193
- 238 LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS PARA EL CONTROL DE LA INCIDENCIA DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES POR PARTE DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE).
MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO, TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO, ALEJANDRO PEREZ GARCIA, JUANA REYES ESPINOSA Y MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO 1197
- 239 EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA. CATEGORÍA DE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA CONSUEGRA, MARIA DEL CARMEN MAROTO MARCOTE, ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ, MERCEDES MADRID MONREAL Y LUCIA RAMOS ADEVA 1201
- 240 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPIS)
RAQUEL GARCIA PICAZO, CRISTINA GRIÑAN DE MORA, SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN, CRISTINA CROITORU GROZA Y PEDRO JIMENEZ MARQUEZ 1205
- 241 LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA Y LAS CONVULSIONES DE PACIENTES CON EPILÉPSIA.
SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN, RAQUEL GARCIA PICAZO, CRISTINA GRIÑAN DE MORA, CRISTINA CROITORU GROZA Y PEDRO JIMENEZ MARQUEZ 1209

- 242**LOS CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN
PACIENTE HIPERTENSO
MARIA GOMEZ GOMEZ, CLARA ROMERO GARCÍA, ISABEL
ANGORA PANTOJA, MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ Y ALBERTO
SÁNCHEZ GARCÍA 1213
- 243**ACCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SONDAJE VESICAL DEL PACIENTE
CLAUDIA MEDINA CARO, ROSA SERRANO MORENO, OLGA
GARCÍA RODRIGO, MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ ALARCÓN Y
VANESA RUIZ RONCERO 1217
- 244**MEDIDAS PREVENTIVAS A APLICAR POR EL TÉCNICO EN
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LAS
ULCERAS POR PRESIÓN
CLAUDIA MEDINA CARO, ROSA SERRANO MORENO, OLGA
GARCÍA RODRIGO, MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ ALARCÓN Y
VANESA RUIZ RONCERO 1223
- 245**LA ESQUIZOFRENIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES
DE ENFERMERÍA
OLGA GARCÍA RODRIGO, MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ
ALARCÓN, VANESA RUIZ RONCERO, CLAUDIA MEDINA CARO Y
ROSA SERRANO MORENO 1229
- 246**FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN RELACIÓN AL PLAN DE CUIDADOS DE UN
PACIENTE DIABÉTICO CON ARTERIOPATÍA EN LA UNIDAD DE
CIRUGÍA VASCULAR
MARÍA SOFIA PARDO GARCIA, ANA MARIA PORTELA
HERNÁNDEZ, MIREIA SÁNCHEZ JO Y LARA MOLINA MARTIN 1233
- 247**LOS DIFERENTES COMETIDOS DE LOS CELADORES ANTE UN
PACIENTE ÉXITUS
JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE, JAVIER CRESPO NAVARRO, ANDRÉS
PERALTA ALDAVERO, SARA JUAN GARCIA Y JESÚS RAMON
CABRERA NAVARRO 1239

- 248EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA**
ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ 1243
- 249TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL
CUIDADO DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO**
PEDRO JIMENEZ MARQUEZ, RAQUEL GARCIA PICAZO, CRISTINA
GRIÑAN DE MORA, SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN Y
CRISTINA CROITORU GROZA 1247
- 250REPERCUSIONES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) DEL ESTRÉS LABORAL EN EL SECTOR
SANITARIO**
MIRIAM POZO SÁNCHEZ, NATALIA FONTELOS GOMEZ, MARIA
GEMA TOVAR GARCIA, MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN Y YIRSI
MARIA YSABEL VALLEJO MOREL 1253
- 251REPERCUSIONES DE LA LUMBALGIA EN EL TÉCNICO EN
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MIRIAM POZO SÁNCHEZ, NATALIA FONTELOS GOMEZ, MARIA
GEMA TOVAR GARCIA, MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN Y YIRSI
MARIA YSABEL VALLEJO MOREL 1257
- 252REPERCUSIONES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) DE LA GASTRITIS**
MIRIAM POZO SÁNCHEZ, NATALIA FONTELOS GOMEZ, MARIA
GEMA TOVAR GARCIA, MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN Y YIRSI
MARIA YSABEL VALLEJO MOREL 1261
- 253EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y EL SONDAJE VESICAL**
GLORIA SÁEZ PARDO, ADYS ARVELO DEL RÍO, ALEJANDRA NAVA
CARRASCO, AMADA HERNANDEZ LORENZO Y ALAIN CASTILLO
GÓMEZ 1267

- 254 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA**
GLORIA SÁEZ PARDO, ADYS ARVELO DEL RÍO, ALEJANDRA NAVA CARRASCO, AMADA HERNANDEZ LORENZO Y ALAIN CASTILLO GÓMEZ 1271
- 255 CENTRO DE ANTECIÓN PRIMARIA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
GLORIA SÁEZ PARDO, ADYS ARVELO DEL RÍO, ALEJANDRA NAVA CARRASCO, AMADA HERNANDEZ LORENZO Y ALAIN CASTILLO GÓMEZ 1275
- 256 EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA FARMACIA HOSPITALARIA**
ANTONIA MAESTRE GONZÁLEZ, ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ, AQUILINA CERDAN JIMENEZ, CORAL RAMÍREZ MORA Y JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN 1279
- 257 SALUD MENTAL EN EL CUIDADO INTEGRAL**
ANA ISABEL GARCÍA GONZÁLEZ Y MARTA CANEL FERNÁNDEZ 1283
- 258 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON QUEMADURAS**
MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ, MIRIAN CALERO MORENO, MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS, MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE Y NICOLETA TALPA 1287
- 259 EL JENGIBRE, REMEDIO NATURAL PARA LAS NAUSEAS DURANTE EL EMBARAZO**
MARIA CARMEN FIDALGO GARCIA 1293
- 260 EL TRABAJO EN EQUIPO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL MEDIO HOSPITALARIO**
MARIA CARMEN FIDALGO GARCIA 1297

- 261 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UN SERVICIO DE MATERNIDAD DE UN HOSPITAL**
LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO 1303
- 262 **LOS CUIDADOS QUE DEBE REALIZAR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CUANDO SE ADMINISTRA UN ENEMA RECTAL**
TAMARA GAYOL FERNÁNDEZ 1307
- 263 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN POSTANESTESICA (URPA)**
ROSA MARIA MORENO MARQUEZ, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ, RAQUEL SANCHEZ TOLEDO, MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ Y MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO 1311
- 264 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL**
ROSA MARIA MORENO MARQUEZ, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ, RAQUEL SANCHEZ TOLEDO, MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ Y MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO 1315
- 265 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE ONCOLOGÍA**
ROSA MARIA MORENO MARQUEZ, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ, RAQUEL SANCHEZ TOLEDO, MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ Y MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO 1319
- 266 **EL PACIENTE ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA: CUIDADOS Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA**
RAQUEL RUBIO PRESTEL, GEMMA GONZÁLEZ MORCILLO, ANA MARIA CUMPLIDO SOBRINO, LIDIA GARCIA GARCIA Y BEGOÑA LAZARO SANCHEZ 1323

- 267 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN BROTE INFECCIOSO EN UNA PLANTA HOSPITALARIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA**
MIRIAM ALONSO CANO, INMACULADA ALCAIDE
SÁNCHEZ-PRIETO, SONIA BRASERO CANO, ESPERANZA CESPEDES
ESCALONA Y MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA 1327
- 268 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. PLAN DE CUIDADOS A UN PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA**
MARÍA SOFIA PARDO GARCIA, ANA MARIA PORTELA
HERNÁNDEZ, MIREIA SÁNCHEZ JO Y LARA MOLINA MARTIN 1331
- 269 LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAES) Y SUS ACCIONES ANTE UN CASO DE MALTRATO INFANTIL**
JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN, CORAL RAMÍREZ MORA,
AQUILINA CERDAN JIMENEZ, ANTONIA MAESTRE GONZÁLEZ Y
ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ 1337
- 270 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO. REVISION BIBLIOGRÁFICA**
MARIA DE LA CRUZ DELGADO, SHEILA ARENAS MARTINEZ,
ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA, MARIA DEL PILAR PIÑERO
MORAIRA Y SONIA LINARES RINCÓN 1341
- 271 LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES ENFERMEROS Y LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**
MARÍA SOFIA PARDO GARCIA, ANA MARIA PORTELA
HERNÁNDEZ, MIREIA SÁNCHEZ JO Y LARA MOLINA MARTIN 1345
- 272 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL INTENTO DE AUTÓLISIS**
MARÍA NOELIA PLEITE PANIAGUA, LARA RAMOS SANCHEZ,
BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ, CRISTINA ISABEL HERNANDEZ
ARJONA Y MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ 1351

- 273 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL ENFERMO CON ALZHEIMER**
MARÍA NOELIA PLEITE PANIAGUA, LARA RAMOS SANCHEZ,
BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ, CRISTINA ISABEL HERNANDEZ
ARJONA Y MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ 1355
- 274 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CRÓNICO**
MARÍA NOELIA PLEITE PANIAGUA, LARA RAMOS SANCHEZ,
BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ, CRISTINA ISABEL HERNANDEZ
ARJONA Y MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ 1359
- 275 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE FALLECIDO**
MIGUEL QUINTANILLA PICAZO, MARÍA PIEDRASANTAS MOYA
MOLINA, BLANCA VALVERDE LEIVA, VERONICA SÁNCHEZ
RODRÍGUEZ Y HELENA MARÍN LOZANO 1363
- 276 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES ANTE EL PARTO**
MIGUEL QUINTANILLA PICAZO, MARÍA PIEDRASANTAS MOYA
MOLINA, BLANCA VALVERDE LEIVA, VERONICA SÁNCHEZ
RODRÍGUEZ Y HELENA MARÍN LOZANO 1367
- 277 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS ENEMAS**
MIGUEL QUINTANILLA PICAZO, MARÍA PIEDRASANTAS MOYA
MOLINA, BLANCA VALVERDE LEIVA, VERONICA SÁNCHEZ
RODRÍGUEZ Y HELENA MARÍN LOZANO 1371
- 278 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO**
MARÍA JESÚS GARCÍA IGLESIAS Y VANESA ALVAREZ SOMIEDO 1375

- 279 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD MENTAL EN MUJERES EMBARAZADAS**
VANESA SALMON HERAS, MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN, SAGRARIO PEREZ HERNANDEZ, MARINA SANCHEZ ACEITUNO Y MARIA TAMARA SANCHEZ POLO 1379
- 280 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL ENFERMO CARDIOVASCULAR**
VANESA SALMON HERAS, MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN, SAGRARIO PEREZ HERNANDEZ, MARINA SANCHEZ ACEITUNO Y MARIA TAMARA SANCHEZ POLO 1383
- 281 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD CELIACA**
VANESA SALMON HERAS, MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN, SAGRARIO PEREZ HERNANDEZ, MARINA SANCHEZ ACEITUNO Y MARIA TAMARA SANCHEZ POLO 1387
- 282 EL BULLYING EN LA ETAPA ESCOLAR POR EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO**
SONIA BRASERO CANO, ESPERANZA CESPEDES ESCALONA, MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA, MIRIAM ALONSO CANO Y INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO 1391
- 283 LA LACTANCIA ARTIFICIAL Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
JAVIER PEREZ PESTANA Y MARTA SANCHEZ PEREZ 1395
- 284 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DE UN PACIENTE ENCAMADO**
ÁGUEDA GALLEGO CASTAÑO, ROCIO DE HAZAS MANCHEÑOS, ELIA MARIA DE HARO GARCIA, BEATRIZ BLAZQUEZ COZAR Y ELENA SANCHEZ SANCHEZ 1399

- 285EL PROFESIONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CON DIABETES
ROCIO DE HAZAS MANCHEÑOS, ELENA SANCHEZ SANCHEZ,
ÁGUEDA GALLEGO CASTAÑO, ELIA MARIA DE HARO GARCIA Y
BEATRIZ BLAZQUEZ COZAR 1403
- 286LOS CONOCIMIENTOS DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA SOBRE LA VENTILACIÓN
MECÁNICA
KARINA CRUCES NUÑEZ, MARÍA MIGUEL RUBIO, CLARA ELENA
VÁSQUEZ RUIZ, AMPARO GARCÍA TORRICO Y LUPE JARA 1407
- 287LA RESPONSABILIDAD DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS
POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
KARINA CRUCES NUÑEZ, MARÍA MIGUEL RUBIO, AMPARO
GARCÍA TORRICO, CLARA ELENA VÁSQUEZ RUIZ Y LUPE JARA 1411
- 288EL PAPELY LOS CUIDADOS DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO
KARINA CRUCES NUÑEZ, MARÍA MIGUEL RUBIO, AMPARO
GARCÍA TORRICO, CLARA ELENA VÁSQUEZ RUIZ Y LUPE JARA 1415
- 289EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL
HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO
MARIA DEL CARMEN DOS SANTOS FERREIRA Y ROSANDRA
ALVAREZ GARCIA 1419
- 290EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS: CUIDADO Y
CONFORT DEL PACIENTE
MARIA DEL CARMEN DOS SANTOS FERREIRA Y ROSANDRA
ALVAREZ GARCIA 1425
- 291LA PIEL DEL PACIENTE: CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
ROSANDRA ALVAREZ GARCIA Y MARIA DEL CARMEN DOS
SANTOS FERREIRA 1433

- 292EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**
ANA MARIA CUMPLIDO SOBRINO, BEGOÑA LAZARO SANCHEZ,
RAQUEL RUBIO PRESTEL, LIDIA GARCIA GARCIA Y GEMMA
GONZÁLEZ MORCILLO 1437
- 293FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS GINECOLÓGICAS**
LIDIA GARCIA GARCIA, ANA MARIA CUMPLIDO SOBRINO,
GEMMA GONZÁLEZ MORCILLO, RAQUEL RUBIO PRESTEL Y
BEGOÑA LAZARO SANCHEZ 1441
- 294TENDIDO DE LAS DISTINTAS CAMAS HOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DEL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MAYRA VANESSA PÉREZ MARTÍN 1445
- 295EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU APOYO INTEGRAL A PERSONAS CON SÍNDROME DE BURNOUT**
NATALIA ALCAIDE MARTIN 1451
- 296EVIDENCIA SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA FISIOTERAPIA LUMBOPÉLVICA EN EMBARAZO Y PARTO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
SORAYA BONILLA MARTÍNEZ, ANTONIO GÓMEZ MARTÍNEZ,
ROCIO ORTIZ VILCHEZ, SABRINA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ Y
LAURA VERGARA SAEZ 1455
- 297FISIOTERAPIA EN LA EVALUACIÓN DEL SUELO PÉLVICO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
SORAYA BONILLA MARTÍNEZ, SABRINA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ,
LAURA VERGARA SAEZ, ROCIO ORTIZ VILCHEZ Y ANTONIO
GÓMEZ MARTÍNEZ 1461
- 298FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO COSERVADOR DEL HALLUX VALGUS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
SORAYA BONILLA MARTÍNEZ, LAURA VERGARA SAEZ, SABRINA
SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ, ANTONIO GÓMEZ MARTÍNEZ Y ROCIO
ORTIZ VILCHEZ 1467

- 299CASO CLÍNICO EN FISIOTERAPIA. REHABILITACIÓN EN
PACIENTE CON FRACTURA-LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR
GRADO III
JORGE BALLESTEROS FRUTOS 1473**
- 300CASO CLÍNICO EN FISIOTERAPIA. ABORDAJE DE
REHABILITACIÓN CARDÍACA EN SÍNDROME CORONARIO
AGUDO
JORGE BALLESTEROS FRUTOS 1479**
- 301FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) DENTRO DEL SERVICIO DE
ESTERILIZACIÓN
NOEMI SABIDO GARCÍA, DIANA LAGUNA CANO, MARIA EUGENIA
SERRANO SANCHEZ, ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO Y
LARA PALOMARES REBOLLERO 1485**
- 302LA ENFERMEDAD DIGESTIVA DE CROHN DESCRITA POR UN
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 1489**
- 303CORRIENTE GALVÁNICA
RUBÉN HERNÁNDEZ DE PAZ 1493**
- 304DRENAJE BRONQUIAL EN EL NIÑO
AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ, GLORIA OTERO CORTIJO, JUDIT
GALDÓN MÁRQUEZ Y PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ
MILLA 1497**
- 305PAPEL DE LA HIDROTERAPIA EN LA FISIOTERAPIA
GLORIA OTERO CORTIJO, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ, PEDRO
MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA Y AVELINA CUBILLO
DE LA CRUZ 1501**
- 306ACTUALIZACIÓN CLÍNICA: EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS
DIRIGIDOS AL ABORDAJE DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
CÉSAR FRANCISCO VERDEJO, MARÍA MUÑOZ CARRETERO Y
MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ 1505**

307	LA IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON BRONQUIOLITIS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA VANESA JIMÉNEZ PULIDO, ANA EUGENIA VERA ORTEGA Y JUAN PARRA GIL	1511
308	EL PAPEL DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA FISIOTERAPIA DESPUÉS DE UN EMBARAZO POR CESÁREA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA VANESA JIMÉNEZ PULIDO, JUAN PARRA GIL Y ANA EUGENIA VERA ORTEGA	1517
309	ÚLTIMOS AVANCES DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA VANESA JIMÉNEZ PULIDO, JUAN PARRA GIL Y ANA EUGENIA VERA ORTEGA	1523
310	MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS VERSUS MEDICAMENTOS BIOSIMILARES: CARACTERÍSTICAS Y DIFERENCIAS ENTRE AMBOS FÁRMACOS. DESARROLLO, EVOLUCIÓN E IMPACTO ECONÓMICO EN EL SISTEMA SANITARIO CLARA PAULA DE UÑA SANTOS	1529
311	TIPOS DE MEDIOS DE CULTIVO EN MICROBIOLOGÍA SANDRA MORENO PEREZ	1533
312	AMALGAMA DENTAL. PREPARACIÓN Y ELIMINACIÓN DE OBTURACIONES DE AMALGAMA SHAILA MARIA FERNÁNDEZ QUIÑONES	1537
313	CANCER DE PRÓSTATA MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA, FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO, ANA ISABEL PÉREZ EGEA Y MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO	1543
314	LA COMUNICACIÓN. IMPORTANCIA EN LA ODONTOLOGÍA ACTUAL SHAILA MARIA FERNÁNDEZ QUIÑONES	1547

- 315 ANTÍGENO CRIPTOCOCICO COMO MARCADOR PARA EL
DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA CRIPTOCOCOSIS**
LORETO GARCIA RODRIGUEZ, MARIAM BLANCO NOVILLO,
LAURA HERNÁNDEZ LOZANO Y TAMARA HERRERO VALERO 1557
- 316 PRUEBA DE PCR PARA LA DETECCIÓN DE STAPHYLOCOCCUS
AUREUS RESISTENTE A METICILINA**
LORETO GARCIA RODRIGUEZ, LAURA HERNÁNDEZ LOZANO,
TAMARA HERRERO VALERO Y MARIAM BLANCO NOVILLO 1565
- 317 NUEVA VACUNA CONTRA EL VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL
(VRS) PARA RECIÉN NACIDOS**
FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ, ALBA MARIA MARTÍNEZ
LÓPEZ, ANDREA GARCÍA, CARMEN MORENO Y JOSE MANUEL
SEGURA PÉREZ 1573
- 318 TURNICIDAD Y CONSECUENCIAS NUTRICIONALES EN LOS
PROFESIONALES DEL HOSPITAL**
NOELIA GONZÁLEZ PELÁEZ, MARÍA TERESA GONZÁLEZ
HERNÁNDEZ, MARÍA ARANTZAZU DÍAZ ÁLVAREZ, MARÍA
INMACULADA GONZÁLEZ MORENO Y JOSÉ RUBÉN HUERGO
FERNÁNDEZ 1577
- 319 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS RADIACIONES
TIPO ALFA**
DIANA MARIA BORS, ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA, CELIA
MARFIL DE LA FUENTE, ABEL NAVARRO GARCIA Y JOSÉ ALBERTO
CASTRO FERNÁNDEZ 1583
- 320 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS TÉCNICAS CON
RADIACIÓN BETA**
DIANA MARIA BORS, ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA, CELIA
MARFIL DE LA FUENTE, ABEL NAVARRO GARCIA Y JOSÉ ALBERTO
CASTRO FERNÁNDEZ 1587

- 321 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS TÉCNICAS CON RADIACIÓN GAMMA**
ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA, CELIA MARFIL DE LA FUENTE, ABEL NAVARRO GARCIA, JOSÉ ALBERTO CASTRO FERNÁNDEZ Y DIANA MARIA BORS 1591
- 322 MONITORIZACIÓN DE FÁRMACOS EN EL LABORATORIO Y TOXICOLOGÍA CLÍNICA**
ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES DELGADO GARCÍA, PABLO IBÁÑEZ DEL AMO, MINH QUYN UYEN LE Y ANA LOPEZ GARCIA 1595
- 323 SARCOMA DEL ESTROMA ENDOMETRIAL**
MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA, FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO, ANA ISABEL PÉREZ EGEA Y MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO 1599
- 324 PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**
ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ, CARMEN MORENO, FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ, JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ Y ANDREA GARCÍA 1603
- 325 GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA**
ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ, CARMEN MORENO, FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ, JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ Y ANDREA GARCÍA 1609
- 326 EL CELADOR Y SU LABOR EN LA PUERTA PRINCIPAL DE UN HOSPITAL**
CRISTINA PAGE LAIN, VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO, MARIA ELENA RODRÍGUEZ DEL VALS, CÉSAR MANUEL SANZ ESPARTERO Y MARIA ROSARIO GARCÍA MEDEL 1615
- 327 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO Y LAS TÉCNICAS DE IMAGEN QUE SE UTILIZAN PARA EVALUAR LOS SARCOMAS**
RUBÉN PLAZA GUIJARRO, SANDRA MARTÍN GARCÍA, TOMAS MORENO REDONDO, ALICIA POLO LOPEZ Y MARÍA LEDESMA LÓPEZ 1619

- 328**LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA
EL RADIODIAGNÓSTICO EN LA RADIOGRAFÍA DENTAL
RUBÉN PLAZA GUIJARRO, SANDRA MARTÍN GARCÍA, TOMAS
MORENO REDONDO, ALICIA POLO LOPEZ Y MARÍA LEDESMA
LÓPEZ 1623
- 329**EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL
RADIODIAGNÓSTICO EN LA RADIOLOGÍA MAMARIA
RUBÉN PLAZA GUIJARRO, SANDRA MARTÍN GARCÍA, TOMAS
MORENO REDONDO, ALICIA POLO LOPEZ Y MARÍA LEDESMA
LÓPEZ 1627
- 330**DETERMINACIÓN ANALÍTICA DE AMILASA, LIPASA Y
COLINESTERASA EN EL LABORATORIO
CELIA GONZALEZ-REFORMA IBAÑEZ, ROCÍO DEL RAMO ROMERO,
INMACULADA PASTOR SICILIA, CRISTINA LOPEZ MARTINEZ Y
DAVID GARCÍA RUBIO 1631
- 331**LESIONES APENDICULARES MUCINOSAS
ANA ISABEL PÉREZ EGEA, MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES
MANZANERA, FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO Y MARÍA
ISABEL ORTUÑO MORENO 1635
- 332**LA ENFERMEDAD DE HODGKIN
CARMEN MORENO, FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ, JOSE
MANUEL SEGURA PÉREZ, ANDREA GARCÍA Y ALBA MARIA
MARTÍNEZ LÓPEZ 1641
- 333**ESTUDIO DE LA MAMA MEDIANTE EL MAMÓGRAFO
M^a DOLORES GIMÉNEZ MORCILLO 1645
- 334**STAPHYLOCOCCUS AUREUS
ANDREA GARCÍA, CARMEN MORENO, FRANCISCO JESÚS ROMERO
MÉNDEZ, JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ Y ALBA MARIA
MARTÍNEZ LÓPEZ 1649
- 335**TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA
REALIZACIÓN DE BIOPSIA POR MASTITIS
RAQUEL MARTINEZ RAMIREZ 1653

- 336 CÁNCER DE MAMA EN HOMBRE**
RAQUEL MARTINEZ RAMIREZ 1657
- 337 EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN EL DIAGNÓSTICO Y REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍA DE MAMA**
GONZALO ALMODÓVAR PERALES, CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO, MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO, ELENA SANCHEZ FERNANDEZ Y RAQUEL LOPEZ GARCIA 1661
- 338 RADIOGRAFÍA DE PELVIS, EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO CLÍNICO**
MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO, CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO, GONZALO ALMODÓVAR PERALES, ELENA SANCHEZ FERNANDEZ Y RAQUEL LOPEZ GARCIA 1667
- 339 ECOGRAFÍA DE TIROIDES , EL PAPEL CRUCIAL DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO, MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO, GONZALO ALMODÓVAR PERALES, ELENA SANCHEZ FERNANDEZ Y RAQUEL LOPEZ GARCIA 1671
- 340 HOSTIGAMIENTO LABORAL Y SUS CONSECUENCIAS PARA LA SALUD**
RAQUEL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, CRISTINA DIAZ VIEJO, ANA LUZ BAYÓN POLA, CARMEN MARIA PIÑEIRO SÁNCHEZ Y ALBA BAYON VAZQUEZ 1675
- 341 PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA BAG (BIOPSIA CON AGUJA GRUESA)**
M^a DOLORES GIMÉNEZ MORCILLO 1681
- 342 PROCEDIMIENTOS PREANALÍTICOS Y POSANALÍTICOS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS**
ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES DELGADO GARCÍA, PABLO IBÁÑEZ DEL AMO, MINH QUYN UYEN LE Y ANA LOPEZ GARCIA 1685

- 343EL TÉCNICO DE RAYOS Y SU PAPEL ANTE LAS TÉCNICAS
RADIOLÓGICAS Y DE IMÁGEN PARA ESTUDIO CARDÍACO Y
VASCULAR MEDIANTE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA
MARTA MORENO URREA, VICTORIA SIMÓN CABRERA, ARGIA
SAENZ DE NAVARRETE ROYO, ANTONIA RUIZ LOZANO Y BLANCA
VALVERDE LEIVA 1689
- 344EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
PRUEBAS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA HERNIA
DISCAL
MARTA MORENO URREA, VICTORIA SIMÓN CABRERA, ARGIA
SAENZ DE NAVARRETE ROYO, ANTONIA RUIZ LOZANO Y BLANCA
VALVERDE LEIVA 1693
- 345EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y SU
FUNCIÓN LA UNIDAD QUIRÚRGICA
MARTA MORENO URREA, VICTORIA SIMÓN CABRERA, ARGIA
SAENZ DE NAVARRETE ROYO, BLANCA VALVERDE LEIVA Y
ANTONIA RUIZ LOZANO 1697
- 346DEMENCIA: TÉCNICAS DE NEUROIMAGEN PARA SU DETECCIÓN
MARÍA AMOR SUÁREZ MENÉNDEZ, ELIZABET PUENTE
FERNANDEZ, CRISTINA VEGA GARCIA, RUBEN MIRANDA MORAN
Y MARIA FERNANDEZ GUTIERREZ 1701
- 347PRUEBA BIOQUÍMICA DE AGAR HIERRO DE KLIGLER
CELIA GONZALEZ-REFORMA IBAÑEZ, ROCÍO DEL RAMO ROMERO,
INMACULADA PASTOR SICILIA, CRISTINA LOPEZ MARTINEZ Y
DAVID GARCÍA RUBIO 1707
- 348PRUEBA DE PCR PARA LA DETECCION DE BACTERIAS Y VIRUS
EN MUESTRAS DE HECES
LORETO GARCIA RODRIGUEZ, TAMARA HERRERO VALERO,
MARIAM BLANCO NOVILLO Y LAURA HERNÁNDEZ LOZANO 1711

- 349PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN RADIODIAGNÓSTICO CON
LOS EQUIPOS DE RAYOS X TIPO ARCO EN C PARA CIRUGÍAS:
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
DIDIER VIREY ALCAIDE, ESTEBAN TEJADO VELASCO, RAQUEL
GARCÍA NAVAS, YOLANDA GARCÍA OTERO Y ATENEA
PALOMARES GARCÍA 1725
- 350INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO EN
CUANTO A LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA: REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA.**
ESTEBAN TEJADO VELASCO, DIDIER VIREY ALCAIDE, RAQUEL
GARCÍA NAVAS, YOLANDA GARCÍA OTERO Y ATENEA
PALOMARES GARCÍA 1729
- 351PAPEL DEL TÉCNICO EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO
ECOCISTOGRAFÍA COMO PROCEDIMIENTO
RADIODIAGNÓSTICO EN LOS REFLUJOS VESICoureTERALES:
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
RAQUEL GARCÍA NAVAS, YOLANDA GARCÍA OTERO, DIDIER VIREY
ALCAIDE, ESTEBAN TEJADO VELASCO Y ATENEA PALOMARES
GARCÍA 1733
- 352EL PERSONAL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL
DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR EN LA RADIOFARMACIA**
PAULA MORCILLO ANTÓN, SARA SOMOHANO MAGADÁN, LAURA
VELEZ MANZANO, LUCIA CALDERON SANCHEZ Y BEATRIZ
MARIN PASTOR 1737
- 353EL PERSONAL TSID Y EL PROTOCOLO GAMMAGRÁFICO EN
NEUROLOGÍA. PREPARACIÓN DEL PACIENTE**
SARA SOMOHANO MAGADÁN, PAULA MORCILLO ANTÓN, LAURA
VELEZ MANZANO, LUCIA CALDERON SANCHEZ Y BEATRIZ
MARIN PASTOR 1741

- 354 EL PERSONAL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL
DIAGNÓSTICO (TSID) EN RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA O
ESPECIAL**
LAURA VELEZ MANZANO, PAULA MORCILLO ANTÓN, SARA
SOMOHANO MAGADÁN, LUCIA CALDERON SANCHEZ Y BEATRIZ
MARIN PASTOR 1745
- 355 LOCALIZACIÓN PREQUIRÚRGICA CON ARPÓN**
M^a DOLORES GIMÉNEZ MORCILLO 1751
- 356 TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA: TENDENCIAS
ACTUALES EN DOSIMETRÍA Y CONTROL DE CALIDAD EN
RADIOTERAPIA**
PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ, MIRIAM SANTOS BELLOSO, JOSÉ
CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ, ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ Y
NAZARET JIMÉNEZ BRAVO 1755
- 357 EL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA EN DOSIMETRÍA
PERSONALIZADA EN RADIOTERAPIA: ADELANTOS Y
APLICACIONES CLÍNICAS**
PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ, MIRIAM SANTOS BELLOSO, JOSÉ
CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ, ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ Y
NAZARET JIMÉNEZ BRAVO 1761
- 358 EVALUACIÓN DE LA TOXICIDAD EN RADIOTERAPIA:
IMPORTANCIA DE LA DOSIMETRÍA EN EL MANEJO DE EFECTOS
SECUNDARIOS PARA EL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y
DOSIMETRÍA**
PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ, MIRIAM SANTOS BELLOSO, JOSÉ
CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ, ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ Y
NAZARET JIMÉNEZ BRAVO 1767
- 359 EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL FRENTE AL COVID-19**
CRISTINA DIAZ VIEJO, ANA LUZ BAYÓN POLA, CARMEN MARIA
PIÑEIRO SÁNCHEZ, ALBA BAYON VAZQUEZ Y RAQUEL
FERNÁNDEZ SÁNCHEZ 1773

360LA HIPOGLUCEMIA

CARMEN MORENO, FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ, JOSE
MANUEL SEGURA PÉREZ, ANDREA GARCÍA Y ALBA MARIA
MARTÍNEZ LÓPEZ

1777

**361PRUEBA DE LA OPTOQUINA Y PRUEBA DE LA BACITRACINA EN
EL LABORATORIO**

ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES DELGADO
GARCÍA, PABLO IBÁÑEZ DEL AMO, MINH QUYN UYEN LE Y ANA
LOPEZ GARCIA

1781

**362LOS FUNDAMENTOS Y LAS APLICACIONES CLÍNICAS DE LA
ECOSONOGRAFÍA Y EL ULTRASONIDO EN DIAGNÓSTICO
MÉDICO: PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL
DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR**

JOSEFA BONACHE VIVANCOS

1785

**363EL VIRUS DE LA DEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SU INTERÉS EN
EL LABORATORIO CLÍNICO**

CELIA GONZALEZ-REFORMA IBAÑEZ, ROCÍO DEL RAMO ROMERO,
INMACULADA PASTOR SICILIA, CRISTINA LOPEZ MARTINEZ Y
DAVID GARCÍA RUBIO

1789

**364EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA HIGIENE EN APARATOS DE IMÁGEN
PARA DIAGNÓSTICO**

YOLANDA LAGO MARTINEZ

1793

**365EL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE
TUMOR DE PULMÓN.**

MARIA INMACULADA GUILLAMON VICENTE, ALMUDENA
RODRÍGUEZ TIRADO Y BEATRIZ MARIN PASTOR

1797

366DETECCIÓN DE ROTAVIRUS Y ADENOVIRUS EN HECES

ELENA APARICIO ABAD

1801

**367PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES: CRIBADO DE CÁNCER
DE COLON**

ELENA APARICIO ABAD

1805

- 368 TÉCNICO ESPECIALISTA DE LABORATORIO: ESTUDIO DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE, MÉTODOS Y PRUEBAS RÁPIDAS DE DIAGNÓSTICO**
MARÍA DOLORES CASASEMPERE GARCÉS 1809
- 369 EL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA ANTE UN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA. TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EXTERNA Y BRAQUITERAPIA**
ALMUDENA RODRÍGUEZ TIRADO, MARIA INMACULADA GUILLAMON VICENTE Y BEATRIZ MARIN PASTOR 1817
- 370 TÉCNICO DE RADIOTERAPIA EXPONE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TUMORES INFANTILES**
BEATRIZ MARIN PASTOR, MARIA INMACULADA GUILLAMON VICENTE Y ALMUDENA RODRÍGUEZ TIRADO 1821
- 371 DETECCIÓN DEL ESTREPTOCOCCUS AGALACTIAE EN EMBARAZADAS**
LUCÍA PINTADO DEL RÍO 1825
- 372 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL: UNIDAD DE CITACIONES**
CRISTINA GOMEZ SOGUERO, JUAN CALONGE MOLERO, ANA MARIA LIGERO MINGUEZ, BEATRIZ ROMERO ROMAN Y JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO 1829
- 373 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SECRETARÍA DE PLANTA**
CRISTINA GOMEZ SOGUERO, JUAN CALONGE MOLERO, ANA MARIA LIGERO MINGUEZ, BEATRIZ ROMERO ROMAN Y JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO 1833
- 374 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE TRASLADOS DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO**
CRISTINA GOMEZ SOGUERO, JUAN CALONGE MOLERO, ANA MARIA LIGERO MINGUEZ, BEATRIZ ROMERO ROMAN Y JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO 1837

- 375 ÁREA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y FUNCIONES DEL CELADOR EN ELLA**
AMALIA CARRETERO MARUGAN, MARÍA PILAR REQUENA
SÁNCHEZ, MARIA DE LO ALTO MORENO QUESADA, LAURA
GONZÁLEZ RODRÍGUEZ Y ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ 1841
- 376 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE TOCOGINECOLOGÍA**
AMALIA CARRETERO MARUGAN, MARÍA PILAR REQUENA
SÁNCHEZ, MARIA DE LO ALTO MORENO QUESADA, LAURA
GONZÁLEZ RODRÍGUEZ Y ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ 1845
- 377 PAPEL DEL CELADOR EN LOS PACIENTES CON ALZHEIMER**
AMALIA CARRETERO MARUGAN, MARÍA PILAR REQUENA
SÁNCHEZ, MARIA DE LO ALTO MORENO QUESADA, LAURA
GONZÁLEZ RODRÍGUEZ Y ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ 1849
- 378 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO, FUNCIONES Y COMPETENCIAS**
ANA CRISTINA GALLEGU CASTILLO, BEATRIZ ESTEBAN SIERRA,
MARÍA ISABEL LEO MOLERO, LUIS FERNANDO HERVAS RICO Y
CAROLINA HURTADO GARCIA 1853
- 379 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN LA PUERTA PRINCIPAL**
ANA CRISTINA GALLEGU CASTILLO, BEATRIZ ESTEBAN SIERRA,
MARÍA ISABEL LEO MOLERO, LUIS FERNANDO HERVAS RICO Y
CAROLINA HURTADO GARCIA 1857
- 380 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA**
ANA CRISTINA GALLEGU CASTILLO, BEATRIZ ESTEBAN SIERRA,
MARÍA ISABEL LEO MOLERO, LUIS FERNANDO HERVAS RICO Y
CAROLINA HURTADO GARCIA 1861
- 381 PREVENCIÓN DE CAÍDAS DESDE EL PUNTO DE VISTA SANITARIO Y NO SANITARIO**
JAVIER AMAGO BOUSO 1865

- 382 SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO Y NO
SANITARIO
JAVIER AMAGO BOUSO 1869
- 383 LOS RESIDUOS EN SANIDAD DESDE EL PERSONAL NO
SANITARIO Y SANITARIO
JAVIER AMAGO BOUSO 1873
- 384 LAS FUNCIONES DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS
PUNTOS DE EXTRACCIÓN HOSPITALARIA
BEATRIZ SUSIN CABALLERO, MARIA DEL CARMEN HENARES
GONZÁLEZ, CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO, IRENE BORRELL
PANDURO Y MAGALI PRIETO CORREGIDOR 1877
- 385 LOS COMETIDOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL
ÁMBITO SANITARIO Y EL REGISTRO DE LOS RECIÉN NACIDOS
CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO, BEATRIZ SUSIN CABALLERO,
MARIA DEL CARMEN HENARES GONZÁLEZ, IRENE BORRELL
PANDURO Y MAGALI PRIETO CORREGIDOR 1881
- 386 EL PAPEL DEL CELADOR EN LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA
Y LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA
JOSÉ MIGUEL CALDERÓN NAVARRO, ANTONIO JULIÁN GARCÍA
RUBIO, GEMMA GONZALEZ SAN SEGUNDO, JUAN ANTONIO
SÁNCHEZ CORCOLES Y MIRIAN GARCIA GARCIA 1885
- 387 EL CELADOR COMO PARTE DEL PERSONAL INFORMADOR
JOSÉ MIGUEL CALDERÓN NAVARRO, ANTONIO JULIÁN GARCÍA
RUBIO, GEMMA GONZALEZ SAN SEGUNDO, JUAN ANTONIO
SÁNCHEZ CORCOLES Y MIRIAN GARCIA GARCIA 1889
- 388 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE EL ARCHIVO EN UN
CENTRO HOSPITALARIO
CARLOS AUÑON FAJARDO, SONIA MORENO CABEZAS Y MARIA
JOSEFA MOLINA GIGANTE 1893
- 389 SEGURIDAD EN EL TRABAJO DEL PERSONAL AUXILIAR
ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS
MARIA JOSEFA MOLINA GIGANTE, SONIA MORENO CABEZAS Y
CARLOS AUÑON FAJARDO 1897

- 390**AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO Y LA ATENCIÓN TELEFÓNICA
FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ, SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ, ANA BELEN ABELLAN NAVARRO, ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN Y EVA MARIA VELA PALOMINO 1901
- 391**EL CELADOR Y EL TRABAJO EN EQUIPO
ADAM VICENTE OTERO 1905
- 392**PRINCIPIOS ELEMENTALES DE LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES PARA EL CELADOR
JOSÉ MIGUEL CALDERÓN NAVARRO, ANTONIO JULIÁN GARCÍA RUBIO, GEMMA GONZALEZ SAN SEGUNDO, JUAN ANTONIO SÁNCHEZ CORCOLES Y MIRIAN GARCIA GARCIA 1909
- 393**FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE PSIQUIATRÍA EN UN CENTRO HOSPITALARIO
TOMAS BARBA LOPEZ 1913
- 394**EL CELADOR EN TRAUMATOLOGÍA
PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO, DAVID PECERO BALSERA, JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA, JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA Y IZAN BELDAD GARCÍA MORENO 1917
- 395**EL CELADOR EN GERIATRÍA
PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO, DAVID PECERO BALSERA, JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA, JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA Y IZAN BELDAD GARCÍA MORENO 1923
- 396**EL CELADOR EN URGENCIAS
PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO, DAVID PECERO BALSERA, JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA, JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA Y IZAN BELDAD GARCÍA MORENO 1927

- 397 EL CELADOR Y SUS PRICIPALES FUNCIONES EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN**
ARIANNY TATIANA ZAMBRANO MUÑOZ, MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA, MIGUEL CARRILLO GARCIA, DAVID CANO GOMEZ Y ERIC OCAÑA FERNANDEZ 1931
- 398 EL CELADOR Y EL RASURADO DE PACIENTES MASCULINOS INGRESADOS PARA UNA OPERACIÓN**
ARIANNY TATIANA ZAMBRANO MUÑOZ, MIGUEL CARRILLO GARCIA, ERIC OCAÑA FERNANDEZ, DAVID CANO GOMEZ Y MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA 1935
- 399 LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON EL ENFERMO MENTAL INGRESADO EN PSIQUATRÍA**
ARIANNY TATIANA ZAMBRANO MUÑOZ, MIGUEL CARRILLO GARCIA, ERIC OCAÑA FERNANDEZ, DAVID CANO GOMEZ Y MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA 1939
- 400 MEJORA DE LAS FUNCIONES DEL CELADOR ANTE UN DECESO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
GUILLERMO MORENO PÉREZ, RAFAEL RODRIGUEZ MORALES, MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ, ALFONSO GANFORNINA CAMPOS Y JOSE MARIN GARCIA 1943
- 401 CARGA DE TRABAJO Y ESTRÉS EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE HOSPITAL**
MARI ÁNGELES GARCÍA CARRASCO 1949
- 402 APROVECHAMIENTO DEL DEPORTE EN LOS TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD**
SONIA MORENO CABEZAS, MARIA JOSEFA MOLINA GIGANTE Y CARLOS AUÑON FAJARDO 1953
- 403 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO Y LA TRAMITACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL. LA PROTECCIÓN DE DATOS**
FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ, SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ, ANA BELEN ABELLAN NAVARRO, ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN Y EVA MARIA VELA PALOMINO 1957

- 404EL PINCHE HOSPITALARIO Y LA PEQUEÑA MAQUINARIA EN
COCINA**
MARÍA MADRID MARTÍNEZ, SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ,
MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO, ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO
GARCÍA Y JUAN MANUEL GONZALEZ SANCHEZ 1963
- 405EL PINCHE DE COCINA Y LA LÍNEA FRÍA EN LA COCINA
HOSPITALARIA**
MARÍA MADRID MARTÍNEZ, SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ,
MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO, ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO
GARCÍA Y JUAN MANUEL GONZALEZ SANCHEZ 1967
- 406EL PINCHE DE COCINA Y LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE
HIGIENE Y DESINFECCIÓN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ, MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO,
ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO GARCÍA, JUAN MANUEL GONZALEZ
SANCHEZ Y MARÍA MADRID MARTÍNEZ 1971
- 407CELADOR Y MANEJO DE CAMAS HOSPITALARIAS**
ANTONIO LARA CARRASCO Y PAULA LÓPEZ GARCÍA 1975
- 408LA LABOR DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE**
PAULA LÓPEZ GARCÍA Y ANTONIO LARA CARRASCO 1981
- 409EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS DIFERENTES FUNCIONES
EN EL SERVICIO DE PERSONAL DE LOS HOSPITALES**
IRENE BORRELL PANDURO, BEATRIZ SUSIN CABALLERO,
CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO, MAGALI PRIETO CORREGIDOR Y
MARIA DEL CARMEN HENARES GONZÁLEZ 1985
- 410COMPARATIVA DE TECNOLOGÍAS DE CALEFACCIÓN PARA
HOSPITALES: RADIADORES VS. SISTEMAS DE AIRE CALIENTE**
CARLOS GARCÍA OLIVAS, JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ, GONZALO
JIMENEZ BLAZQUEZ, JESUS MANUEL ALARCON SIELVA Y JOAQUIN
MARTINEZ REINA 1989

- 411 DISEÑO Y MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE CALEFACCIÓN
ESPECÍFICOS PARA ÁREAS CRÍTICAS EN HOSPITALES**
CARLOS GARCÍA OLIVAS, JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ, GONZALO
JIMENEZ BLAZQUEZ, JESUS MANUEL ALARCON SIELVA Y JOAQUIN
MARTINEZ REINA 1995
- 412 CALEFACCIÓN SOSTENIBLE EN EL ENTORNO HOSPITALARIO:
OPCIONES Y CONSIDERACIONES AMBIENTALES**
CARLOS GARCÍA OLIVAS, JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ, GONZALO
JIMENEZ BLAZQUEZ, JESUS MANUEL ALARCON SIELVA Y JOAQUIN
MARTINEZ REINA 2001
- 413 EL GRUPO DE CELADORES Y SUS COMETIDOS EN LOS
ALMACENES SANITARIOS**
MARIA SONIA NOMBELA SANCHEZ, JUAN JOSÉ GRAÑA MORENO,
ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ, NUNE KIRAKOSYAN MALOYAN Y
JOSE NAVARRO GODRID 2007
- 414 LAS FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LOS HOSPITALES DE DÍA**
NUNE KIRAKOSYAN MALOYAN, JUAN JOSÉ GRAÑA MORENO,
ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ, MARIA SONIA NOMBELA
SANCHEZ Y JOSE NAVARRO GODRID 2011
- 415 LAS DIVERSAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRASLADO
INTRAHOSPITALARIO DE LOS PACIENTES**
NUNE KIRAKOSYAN MALOYAN, JUAN JOSÉ GRAÑA MORENO,
ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ, MARIA SONIA NOMBELA
SANCHEZ Y JOSE NAVARRO GODRID 2015
- 416 EL CELADOR Y SUS COMETIDOS EN EL SERVICIO DEL
ANIMALARIO DE UN HOSPITAL**
JOSE NAVARRO GODRID, JUAN JOSÉ GRAÑA MORENO, ESTEFANIA
PINTOR GONZALEZ, NUNE KIRAKOSYAN MALOYAN Y MARIA
SONIA NOMBELA SANCHEZ 2019
- 417 FUNCIONES DE CELADOR EN EL CENTRO DE SALUD**
ANTONIA CARRETERO ROMERO, ANDRES ROSADO BALLESTEROS
Y JESÚS PERUJO GARCÍA 2023

- 418**INGRESO DEL PACIENTE EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA.
ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE EL INGRESO DEL
PACIENTE EN LA UNIDAD DONDE SE ENCUENTRE ADSCRITO
AITOR GÓMEZ SAIZ, BERNARDO LUZ MARTÍNEZ, LUIS MANUEL
LÓPEZ BREA ORTIZ, MARÍA DE LOS SANTOS ALCÁZAR
GRANADOS Y ANTONIO FERNÁNDEZ VILLAGRÁN 2027
- 419**EL TRASLADO DEL PACIENTE POR EL CELADOR A LAS
DIFERENTES PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE, MARIA ANTONIA DEL OLMO
GARCIA ABADILLO, ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO,
ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA Y ANGELA
ARAQUE GARCIA DE LA REINA 2031
- 420**FUNCIONES DE TRASLADO DEL MATERIAL E INSTRUMENTAL
SANITARIO POR EL CELADOR
FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE, MARIA ANTONIA DEL OLMO
GARCIA ABADILLO, ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO,
ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA Y ANGELA
ARAQUE GARCIA DE LA REINA 2035
- 421**FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE
GRANDES QUEMADOS
FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE, MARIA ANTONIA DEL OLMO
GARCIA ABADILLO, ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO,
ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA Y ANGELA
ARAQUE GARCIA DE LA REINA 2039
- 422**EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN LA PLANTA DE MATERNIDAD
MIHAELA PINTEA, JOSÉ GARCÍA CANO, DANIEL DÍAZ PINTEA,
ANA MARIA SOTO DELGADO Y CRISTINA SANCHEZ CARPENA 2043
- 423**INVESTIGACIÓN Y FUNCIONES EN CUIDADOS PALIATIVOS POR
EL CELADOR
MIHAELA PINTEA, DANIEL DÍAZ PINTEA, CRISTINA SANCHEZ
CARPENA, JOSÉ GARCÍA CANO Y ANA MARIA SOTO DELGADO 2047

- 424EL CELADOR Y LAS POSICIONES DE COLOCACIÓN DE UN
PACIENTE EN LA MESA DE QUIRÓFANO
MIHAELA PINTEA, DANIEL DÍAZ PINTEA, JOSÉ GARCÍA CANO,
CRISTINA SANCHEZ CARPENA Y ANA MARIA SOTO DELGADO 2051
- 425EFECTO DE LA TURNICIDAD EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO
SANITARIO
SANDRA RODRÍGUEZ VALDES Y SILVIA FERNANDEZ CANO 2055
- 426LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN CASOS DE
PACIENTES MAYORES CON NEUMONÍA POSTPANDEMIA.
MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR, PIEDAD YOLANDA
PAUCAR PAUCAR, MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO Y MARIA
PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ 2059
- 427SALUD PSICOSOCIAL EN PERSONAS VULNERABLES EN
HOSPITAL. EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN VIOLENCIA DE
GÉNERO
MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR, PIEDAD YOLANDA
PAUCAR PAUCAR, MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO Y MARIA
PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ 2063
- 428EL CELADOR Y SU LABOR EN REHABILITACIÓN HOSPITALARIA
CRISTINA PAGE LAIN, VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO,
MARIA ELENA RODRÍGUEZ DEL VALS, CÉSAR MANUEL SANZ
ESPARTERO Y MARIA ROSARIO GARCÍA MEDEL 2067
- 429EL CELADOR Y LA MANIPULACIÓN MANUAL DE LA CARGA: LOS
FACTORES DE RIESGO
VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO, MARIA ELENA RODRÍGUEZ
DEL VALS, CÉSAR MANUEL SANZ ESPARTERO, MARIA ROSARIO
GARCÍA MEDEL Y CRISTINA PAGE LAIN 2071
- 430PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA: CUIDADOS DEL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA
CIRUGÍA
BELÉN COSTA MARTÍNEZ, MARIA DEL CARMEN FLORES
CORCOLES, JESUS ANGEL SÁEZ COTILLAS, KAREN FABIOLA
TORRES Y ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ 2075

- 431EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU COMETIDO EN LA SECRETARÍA DE MEDICINA INTERNA**
MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ, BEATRIZ MATAS SARMIENTO,
YOLANDA TAPIOLES NUEVO, ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY Y
NOELIA ACOBI MARTINEZ 2079
- 432EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL**
SARA ANTUÑA FONSECA 2083
- 433CONTENCIÓN MECÁNICA A UN PACIENTE. PRINCIPIOS BÁSICOS A CUMPLIR POR EL CELADOR DURANTE LA CONTENCIÓN**
MARÍA DE LOS SANTOS ALCÁZAR GRANADOS, ANTONIO
FERNÁNDEZ VILLAGRÁN, AITOR GÓMEZ SAIZ, BERNARDO LUZ
MARTÍNEZ Y LUIS MANUEL LÓPEZ BREA ORTIZ 2087
- 434TRABAJO SEGURO PARA CELADORES. MOVILIZACIÓN DE PACIENTES**
ANTONIA CARRETERO ROMERO, ANDRES ROSADO BALLESTEROS
Y JESÚS PERUJO GARCÍA 2091
- 435EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**
MARIA MERCEDES MERENCIANO HERNANDEZ, ISMAEL
CARBONELL GARCÍA, MARTA SANCHEZ MORENO, MARÍA
DOLORES DIAZ RUIZ Y CONSUELO HERNÁNDEZ YUST 2095
- 436LA ATENCIÓN TELEFÓNICA QUE PROPORCIONA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO A CADA PACIENTE**
MARIA MERCEDES MERENCIANO HERNANDEZ, MARÍA DOLORES
DIAZ RUIZ, MARTA SANCHEZ MORENO, ISMAEL CARBONELL
GARCÍA Y CONSUELO HERNÁNDEZ YUST 2099
- 437EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CÓMO SE GESTIONA LA TARJETA SANITARIA**
MARIA MERCEDES MERENCIANO HERNANDEZ, MARÍA DOLORES
DIAZ RUIZ, CONSUELO HERNÁNDEZ YUST, MARTA SANCHEZ
MORENO Y ISMAEL CARBONELL GARCÍA 2103

- 438EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO Y LA TRAMITACIÓN DE RECLAMACIONES EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE**
FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ, SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ, ANA BELEN ABELLAN NAVARRO, ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN Y EVA MARIA VELA PALOMINO 2107
- 439EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL ANTE QUEJAS Y SUGERENCIAS EN LOS CENTROS SANITARIOS.**
MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ, BEATRIZ MATAS SARMIENTO, YOLANDA TAPIOLES NUEVO, ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY Y NOELIA ACOBI MARTINEZ 2113
- 440EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCIÓN EN EL SERVICIO DE CITACIONES.**
MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ, BEATRIZ MATAS SARMIENTO, YOLANDA TAPIOLES NUEVO, ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY Y NOELIA ACOBI MARTINEZ 2117
- 441EL CELADOR ANTE EL PACIENTE TERMINAL. CUIDADOS PALIATIVOS Y CUIDADOS POST MORTEM**
ANTONIO FERNÁNDEZ VILLAGRÁN, AITOR GÓMEZ SAIZ, BERNARDO LUZ MARTÍNEZ, LUIS MANUEL LÓPEZ BREA ORTIZ Y MARÍA DE LOS SANTOS ALCÁZAR GRANADOS 2121
- 442AFECCIONES Y LESIONES DE LA PIEL EN EL ÁMBITO LABORAL SANITARIO**
VIDALINA VEGA FERNÁNDEZ Y MARÍA DEL CARMEN VEGA FERNÁNDEZ 2125
- 443EL TELETRABAJO PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN UN CENTRO SANITARIO**
ÁNGEL GARRIDO GARCÍA, MARIA JESUS MORA HIDALGO, LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN, BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO Y SILVIA CARRION PARDO 2131

- 444EL PAPEL DEL ADMINISTRATIVO EN RECURSOS HUMANOS EN UN HOSPITAL**
 ÁNGEL GARRIDO GARCÍA, MARIA JESUS MORA HIDALGO, LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN, BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO Y SILVIA CARRION PARDO 2135
- 445EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PRESERVACIÓN DE LA HISTORIA MÉDICA: GESTIÓN DE ARCHIVOS Y CONSERVACIÓN**
 ANGEL GARCIA TENORIO BENITEZ, MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO, RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ, MONTSE BUSTOS MATIAS Y RAQUEL COSTA SÁNCHEZ 2139
- 446EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ALMACÉN LOGÍSTICO HOSPITALARIO**
 ANGEL GARCIA TENORIO BENITEZ, MONTSE BUSTOS MATIAS, RAQUEL COSTA SÁNCHEZ, MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO Y RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ 2143
- 447EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACOLOGÍA**
 ANGEL GARCIA TENORIO BENITEZ, RAQUEL COSTA SÁNCHEZ, MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO, RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ Y MONTSE BUSTOS MATIAS 2147
- 448FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA HOSPITALARIA Y LA IMPORTANCIA DE LAS MOVILIZACIONES**
 RUBENS TORIJA RESUELA 2151
- 449FACTORES QUE FAVORECEN LA MOTIVACIÓN EN EL TRABAJO DEL CELADOR**
 VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA, ELOY PIQUERAS GONZALEZ, MARIA DOLORES NOLASCO PEREZ, MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ Y JUAN CARLOS CARRILLO GÓMEZ 2155

- 450EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECRETARÍA DE PLANTA
DE MEDICINA INTERNA**
EVA ANTÓN SANZ, MARIA SATURNINA GARCIA JAEN, ANA
MARIA LUCHA PALOMARES, MARTA HUERTA GARCES Y ADELA
GARCÍA GARCÍA 2161
- 451EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SALUD EN EL SERVICIO
DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**
EVA ANTÓN SANZ, MARIA SATURNINA GARCIA JAEN, ANA
MARIA LUCHA PALOMARES, ADELA GARCÍA GARCÍA Y MARTA
HUERTA GARCES 2165
- 452FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO
DE CITACIONES DE UN HOSPITAL**
EVA ANTÓN SANZ, MARIA SATURNINA GARCIA JAEN, ANA
MARIA LUCHA PALOMARES, ADELA GARCÍA GARCÍA Y MARTA
HUERTA GARCES 2169
- 453DESAFÍOS ACTUALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN UN
CENTRO HOSPITALARIO**
MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES, ALICIA SÁNCHEZ POBLETE,
LAURA GARRIDO ORMEÑO, SORAYA NOGALES PIQUERAS Y
MONICA FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO 2173
- 454EL CELADOR Y SUS DIVERSOS COMETIDOS EN LAS PLANTAS
HOSPITALARIAS**
SARA JUAN GARCIA, JAVIER CRESPO NAVARRO, ANDRÉS PERALTA
ALDAVERO, JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE Y JESÚS RAMON
CABRERA NAVARRO 2177
- 455EL CELADOR EN SU FUNCION DE VIGILANCIA DE LAS
DEPENDENCIAS DEL CENTRO HOSPITALARIO**
PAULA LÓPEZ GARCÍA, ANTONIO GARCIA ANDUJAR, RAIMUNDO
GOMEZ IZQUIERDO, JOSE MARIA ROYO LOPEZ Y ANTONIO LARA
CARRASCO 2181

- 456ACTUACIÓN DEL CELADOR DE QUIRÓFANO EN UNA CESÁREA URGENTE**
PAULA LÓPEZ GARCÍA, ANTONIO GARCIA ANDUJAR, RAIMUNDO GOMEZ IZQUIERDO, JOSE MARIA ROYO LOPEZ Y ANTONIO LARA CARRASCO 2185
- 457TRASLADO DE MATERIALES Y APARATOS POR EL CELADOR DENTRO DEL SERVICIO DE HEMODIALISIS**
PAULA LÓPEZ GARCÍA, ANTONIO GARCIA ANDUJAR, RAIMUNDO GOMEZ IZQUIERDO, JOSE MARIA ROYO LOPEZ Y ANTONIO LARA CARRASCO 2189
- 458EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.**
FRANCISCO GONZALEZ TEBAR, AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA, MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-HORNEROS, CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO Y LAURA ALBERCA CARRAMOLINO 2193
- 459EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y COMO TRABAJA EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SESCAM**
FRANCISCO GONZALEZ TEBAR, AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA, MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-HORNEROS, LAURA ALBERCA CARRAMOLINO Y CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO 2197
- 460EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SISTEMA SANITARIO**
FRANCISCO GONZALEZ TEBAR, MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-HORNEROS, LAURA ALBERCA CARRAMOLINO, CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO Y AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA 2201
- 461EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EFECTIVA EN LA ADMINISTRACIÓN DEL HOSPITAL**
LAURA GARRIDO ORMEÑO, SORAYA NOGALES PIQUERAS, ALICIA SÁNCHEZ POBLETE, MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES Y MONICA FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO 2205

- 462EL CELADOR EN RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA Y NEURORRADIOLOGÍA.**
JOSÉ RAMÓN CORZO MATA, MARIA DEL CARMEN PEÑA VARONA,
MARIA DOLORES ALVAREDO VILLANUEVA, DAVID MORA SORNÍ Y
MARIA INMACULADA BARBERA GARCIA 2209
- 463EL ROL DEL CELADOR EN LA OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE: UNA EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL**
DANIELA BECERRA MATEOS-APARICIO, LUISA MARÍA GONZÁLEZ
ABIÉ TAR, HAMZA CHEDADI LAGHDAS, CRISTINA TIRADO
MORENO Y MANUEL VALERO ROMERO 2213
- 464SEGURIDAD Y PREVENCIÓN: LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LA GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITALARIOS**
DANIELA BECERRA MATEOS-APARICIO, LUISA MARÍA GONZÁLEZ
ABIÉ TAR, HAMZA CHEDADI LAGHDAS, CRISTINA TIRADO
MORENO Y MANUEL VALERO ROMERO 2219
- 465LA GESTIÓN DE RESÍDUOS BIOPELIGROSOS Y LA RESPONSABILIDAD DE LOS CELADORES EN LOS HOSPITALES**
DANIELA BECERRA MATEOS-APARICIO, LUISA MARÍA GONZÁLEZ
ABIÉ TAR, HAMZA CHEDADI LAGHDAS, CRISTINA TIRADO
MORENO Y MANUEL VALERO ROMERO 2223
- 466ENFERMEDADES INFECCIOSAS**
SARA ANTUÑA FONSECA 2229
- 467EL CELADOR Y LAS FUNCIONES PRINCIPALES EN UN HOSPITAL DE DIA**
GABRIEL MONTERO BALLESTEROS, AISHA SÁEZ SÁNCHEZ, JOSE
URREA GARCÍA, MIGUELINA MARTINEZ PIRIS Y JAVIER MONTERO
VÁZQUEZ 2233
- 468EL CELADOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO Y EL SOPORTE VITAL BÁSICO**
GABRIEL MONTERO BALLESTEROS, AISHA SÁEZ SÁNCHEZ,
MIGUELINA MARTINEZ PIRIS, JOSE URREA GARCÍA Y JAVIER
MONTERO VÁZQUEZ 2237

469	FUNCIONES DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES ENCAMADOS. EL ROLLBOARD Y SUS CARACTERÍSTICAS GABRIEL MONTERO BALLESTEROS, AISHA SÁEZ SÁNCHEZ, MIGUELINA MARTINEZ PIRIS, JOSE URREA GARCÍA Y JAVIER MONTERO VÁZQUEZ	2241
470	ESTRÉS LABORAL EN LA SANIDAD LETICIA MOSQUERA SUAREZ	2245
471	LA HIGIENE POSTURAL EN EL PUESTO DE TRABAJO LETICIA MOSQUERA SUAREZ	2249
472	COMPETENCIA Y FUNCIONES DE UN ADMINISTRATIVO ÁNGEL GARRIDO GARCÍA, MARIA JESUS MORA HIDALGO, LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN, BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO Y SILVIA CARRION PARDO	2253
473	DOCUMENTACION NO CLÍNICA Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS CENTROS SANITARIOS JESSICA ISABEL MARTIN GONZALEZ, GEMA MARIA ROMERA VALLADOLID, MARIA JESUS LOPEZ GARCIA, MARÍA DOLORES MORENO MARTÍN Y MARIA ANTIGUA SÁNCHEZ ELIZALDE	2257
474	ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON EL PACIENTE MARIA REDONDO SARMIENTO, SANDRA CAÑADILLA ORTIZ, JUAN CARLOS MARTÍN-GIL RICO, AROA PÉREZ BUENACHE Y CORAL SANCHEZ GARCIA	2261
475	EL PAPEL DE LOS CELADORES EN EL CUIDADO Y BIENESTAR DE LAS MADRES Y RECIÉN NACIDOS EN MATERNIDAD MARIA ISABEL BARRIONUEVO JURADO, MARTA RODRÍGUEZ CORROCHANO, MARIA DEL MAR DEL POZO COBO, MANUEL LÓPEZ TROYANO Y MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS	2265
476	EL PAPEL DE LOS CELADORES EN LAS ÁREAS DE CONSULTAS EXTERNAS MARIA ISABEL BARRIONUEVO JURADO, MARIA DEL MAR DEL POZO COBO, MARTA RODRÍGUEZ CORROCHANO, MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS Y MANUEL LÓPEZ TROYANO	2269

- 477 EL PAPEL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO**
MARIA ISABEL BARRIONUEVO JURADO, MANUEL LÓPEZ
TROYANO, MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS, MARTA
RODRÍGUEZ CORROCHANO Y MARIA DEL MAR DEL POZO COBO 2273
- 478 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE
REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA**
CAROLINA MORENO FELIPE, RAUL MARTINEZ MOROTE, RAÚL
GÓMEZ MOLINA, LUCÍA GÓMEZ MOLINA Y JUAN CARLOS GARCIA
SANCHEZ 2277
- 479 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE GESTIÓN
CLÍNICA DE SALUD MENTAL**
JUAN CARLOS MARTÍN-GIL RICO, AROA PÉREZ BUENACHE,
CORAL SANCHEZ GARCIA, MARIA REDONDO SARMIENTO Y
SANDRA CAÑADILLA ORTIZ 2281
- 480 EL GRUPO DE CELADORES Y LOS IMPACTOS DE LA TURNICIDAD**
ANDRÉS PERALTA ALDAVERO, JAVIER CRESPO NAVARRO, SARA
JUAN GARCIA, JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE Y JESÚS RAMON
CABRERA NAVARRO 2285
- 481 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN A LAS
PERSONAS MAYORES EN LOS CENTROS SANITARIOS**
MARIA ANTIGUA SÁNCHEZ ELIZALDE, MARÍA DOLORES MORENO
MARTÍN, MARIA JESUS LOPEZ GARCIA, JESSICA ISABEL MARTIN
GONZALEZ Y GEMA MARIA ROMERA VALLADOLID 2289
- 482 LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL
REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS**
AROA PÉREZ BUENACHE, CORAL SANCHEZ GARCIA, MARIA
REDONDO SARMIENTO, SANDRA CAÑADILLA ORTIZ Y JUAN
CARLOS MARTÍN-GIL RICO 2293
- 483 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS CENTROS SANITARIOS.
DEONTOLOGÍA Y ÉTICA**
MARÍA DOLORES MORENO MARTÍN, GEMA MARIA ROMERA
VALLADOLID, MARIA ANTIGUA SÁNCHEZ ELIZALDE, JESSICA
ISABEL MARTIN GONZALEZ Y MARIA JESUS LOPEZ GARCIA 2297

- 484EL CELADOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: TRASLADOS Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES EN EL CENTRO DE SALUD**
DIANA MARIA QUERO PALOMINO, JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ, MIGUEL ANGEL CASERO MONTEALEGRE, ANA CANO PEÑA Y JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ 2301
- 485EL CELADOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: LA FUNCIÓN DE VIGILANCIA DEL CENTRO DE SALUD**
DIANA MARIA QUERO PALOMINO, JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ, MIGUEL ANGEL CASERO MONTEALEGRE, ANA CANO PEÑA Y JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ 2305
- 486EL CELADOR Y EL TRASLADO DE APARATOS Y EQUIPOS DENTRO DEL QUIRÓFANO**
DIANA MARIA QUERO PALOMINO, JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ, MIGUEL ANGEL CASERO MONTEALEGRE, ANA CANO PEÑA Y JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ 2309
- 487LA ENTREVISTA COMO TÉCNICA DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO**
MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ, MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR, MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO Y PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR 2313
- 488EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN GESTIÓN DE CITAS Y AGENDA MÉDICA**
ALICIA SÁNCHEZ POBLETE 2317
- 489LA PSICOLOGÍA DEL CELADOR: ENTENDIENDO EL IMPACTO EMOCIONAL**
PATRICIA ARÉVALO MONTES, JOSE BIEDMA PEREZ, CARLOS JOAQUÍN CARMONA RODERO, ISABEL GONZÁLEZ LÓPEZ Y STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU 2321
- 490TECNOLOGÍA Y CELADORES: CÓMO LA INNOVACIÓN ESTÁ CAMBIANDO EL JUEGO**
PATRICIA ARÉVALO MONTES, JOSE BIEDMA PEREZ, CARLOS JOAQUÍN CARMONA RODERO, ISABEL GONZÁLEZ LÓPEZ Y STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU 2327

- 491** **PROTOSOLOS Y PROSEDIMIENTOS: LA GUÍA DEL CELADOR
PARA LA EXCELENCIA**
PATRICIA ARÉVALO MONTES, JOSE BIEDMA PEREZ, CARLOS
JOAQUÍN CARMONA RODERO, ISABEL GONZÁLEZ LÓPEZ Y
STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU 2333
- 492** **EL FONTANERO Y SUS FUNCIONES EN EL ARREGLO DE LAS
PISCINAS TERAPÉUTICAS DE REHABILITACIÓN**
ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ, JAIME LOPEZ LOZANO,
DAVID ABAD GONZÁLEZ, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ Y
ALVARO FERRE NAVARRO 2339
- 493** **EQUIPOS Y HERRAMIENTAS DEL FONTANERO DE UN HOSPITAL**
ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ, JAIME LOPEZ LOZANO,
DAVID ABAD GONZÁLEZ, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ Y
ALVARO FERRE NAVARRO 2343
- 494** **FONTANERÍA Y EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LAS
BOMBAS DE AGUA.**
ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ, DAVID ABAD GONZÁLEZ,
JAIME LOPEZ LOZANO, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ Y
ALVARO FERRE NAVARRO 2347
- 495** **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN
PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES Y SEGUROS DE SALUD
EN UN HOSPITAL**
SORAYA NOGALES PIQUERAS 2351
- 496** **EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN
TELEFÓNICA**
BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO, MARIA CARMEN FLORES CUESTA,
LIDIA MARTIN COLILLA, INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
Y CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ 2355
- 497** **EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS FARMACIAS
HOSPITALARIAS**
BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO, LIDIA MARTIN COLILLA, MARIA
CARMEN FLORES CUESTA, CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ Y
INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 2359

- 498EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS**
BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO, INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ, MARIA CARMEN FLORES CUESTA Y LIDIA MARTIN COLILLA 2363
- 499EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN EL DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN DE TURNOS EN UN HOSPITAL**
MONICA FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO, SORAYA NOGALES PIQUERAS, LAURA GARRIDO ORMEÑO, MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES Y ALICIA SÁNCHEZ POBLETE 2367
- 500TRAMITACIÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MIRIAM GALÁN GÓMEZ, JAVIER ORTEGA ZALDIVAR, DANIEL ZALDIVAR MARTIN, REBECA FLORES MORCILLO Y SALVADOR GALLEGO CASTAÑO 2371
- 501EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
SALVADOR GALLEGO CASTAÑO, MIRIAM GALÁN GÓMEZ, JAVIER ORTEGA ZALDIVAR, DANIEL ZALDIVAR MARTIN Y REBECA FLORES MORCILLO 2375
- 502EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL**
REBECA FLORES MORCILLO, MIRIAM GALÁN GÓMEZ, JAVIER ORTEGA ZALDIVAR, DANIEL ZALDIVAR MARTIN Y SALVADOR GALLEGO CASTAÑO 2379
- 503CONFIDENCIALIDAD DE LOS PACIENTES EN EL ENTORNO NO SANITARIO**
LAURA DÍAZ PRÉSTAMO Y VERÓNICA DÍAZ PRÉSTAMO 2383

- 504EL CELADOR ANTE EL PACIENTE PEDIATRICO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN COMÚN**
ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ, SHEILA GARCÍA PEREZ, JENNIFER MORENO MORENO, ELENA AGUDO DE LA CUERDA Y ISABEL PADRÓ ZAPATA 2387
- 505LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y LOS RIESGOS PSICOSOCIALES DEL PERSONAL NO SANITARIO**
ANA PILAR CARRERA GARCIA, LAURA DÍAZ PRÉSTAMO Y VERÓNICA DÍAZ PRÉSTAMO 2391
- 506EL CELADOR Y LAS TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN A UN PACIENTE TERMINAL**
JENNIFER MORENO MORENO, SHEILA GARCÍA PEREZ, ELENA AGUDO DE LA CUERDA, ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ Y ISABEL PADRÓ ZAPATA 2397
- 507EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN HOSPITALIZACIÓN: EL PERFIL PROFESIONAL, SUS FUNCIONES Y PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS**
TAMARA LOPEZ MARTIN 2401
- 508LOS EFECTOS QUE HACE EN LA VIDA PERSONAL DEL CELADOR LA TURNICIDAD**
ELENA AGUDO DE LA CUERDA, SHEILA GARCÍA PEREZ, JENNIFER MORENO MORENO, ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ Y ISABEL PADRÓ ZAPATA 2405
- 509LAS TRANSFERENCIAS DE LOS PACIENTES SEGÚN EL CELADOR DENTRO DEL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA**
CRISTIAN VALERO GARCIA, CAROLINA JUÁREZ SÁEZ, RAFAELA CARRIÓN GONZÁLEZ, SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC Y CRISTOBAL DE LA CUEVA PACHECO 2409

- 510 EL TRABAJO EN QUIRÓFANO POR PARTE DEL CELADOR HOSPITALARIO**
CRISTIAN VALERO GARCIA, CRISTOBAL DE LA CUEVA PACHECO, SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC, RAFAELA CARRIÓN GONZÁLEZ Y CAROLINA JUÁREZ SÁEZ 2413
- 511 EL TRABAJO DEL CELADOR EN LAS TRANSFERENCIAS HACIA EL ÁREA DE RADIODIAGNÓSTICO**
CRISTIAN VALERO GARCIA, RAFAELA CARRIÓN GONZÁLEZ, CAROLINA JUÁREZ SÁEZ, CRISTOBAL DE LA CUEVA PACHECO Y SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC 2417
- 512 EL CELADOR Y LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EPIDEMIOLOGIA**
VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA, ELOY PIQUERAS GONZALEZ, MARIA DOLORES NOLASCO PEREZ, MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ Y JUAN CARLOS CARRILLO GÓMEZ 2421
- 513 EL PROFESIONAL CELADOR EN EL ANIMALARIO DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
ESTER MARTIN FERNANDEZ, CRISTINA MARTÍNEZ CHACÓN, TANIA SAUCEDO MERCADO, MARÍA NIEVES GONZÁLEZ MARTÍNEZ Y RAMÓN LARA LÓPEZ 2425
- 514 ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL**
VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA, ELOY PIQUERAS GONZALEZ, MARIA DOLORES NOLASCO PEREZ, MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ Y JUAN CARLOS CARRILLO GÓMEZ 2431
- 515 EL ROL DEL CELADOR EN EL TRASLADO Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES**
MARÍA DELICIA CASTRO BARROSO, MARIA DEL CARMEN AGUADO MARQUEZ, PATRICIA FERNÁNDEZ BALBUENA SÁNCHEZ, SONIA RAMÍREZ ANGUITA Y JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 2435

- 516 TAREAS DEL CELADOR EN SERVICIOS DE URGENCIAS MÉDICAS**
MARÍA DELICIA CASTRO BARROSO, PATRICIA FERNÁNDEZ
BALBUENA SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN AGUADO MARQUEZ,
JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y SONIA RAMÍREZ ANGUIA 2439
- 517 EL PAPEL DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO: GARANTIZANDO
LA SEGURIDAD Y EFICIENCIA EN LA SALA DE CIRUGÍA**
MARÍA DELICIA CASTRO BARROSO, SONIA RAMÍREZ ANGUIA,
JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARIA DEL CARMEN AGUADO
MARQUEZ Y PATRICIA FERNÁNDEZ BALBUENA SÁNCHEZ 2443
- 518 EL PROFESIONAL DE CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
TANIA SAUCEDO MERCADO, CRISTINA MARTÍNEZ CHACÓN,
RAMÓN LARA LÓPEZ, ESTER MARTIN FERNANDEZ Y CAROLINA
HUÉLAMO JUÁREZ 2447
- 519 EL PROFESIONAL DE CELADOR EN EL ALMACÉN DE
SUMINISTROS DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
RAMÓN LARA LÓPEZ, ESTER MARTIN FERNANDEZ, CRISTINA
MARTÍNEZ CHACÓN, TANIA SAUCEDO MERCADO Y CAROLINA
HUÉLAMO JUÁREZ 2451
- 520 TRABAJO SOCIAL Y CORRESPONSABILIDAD EN SALUD**
ISABEL BARCELO MOLINA 2455
- 521 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: DISPOSITIVOS DE
ALMACENAMIENTO EN UN ORDENADOR**
BEGOÑA GARCÍA VILLA 2459
- 522 EL PROFESIONAL DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN
PRIMARIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
DANIEL ZALDIVAR MARTIN, CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ Y
MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ 2463
- 523 RIESGOS ERGONÓMICOS ESPECÍFICOS DEL TELEFONISTA EN EL
ÁMBITO SANITARIO**
FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD, JOSE MARÍA
CASARRUBIOS MAROTO Y JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO 2467

- 524 TELEFONISTA EN SANIDAD: ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA**
JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO, FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD Y JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO **2471**
- 525 EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA**
CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ Y MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ **2475**
- 526 EFECTOS DE LA NOCTURNIDAD EN LA SALUD DE PROFESIONALES SANITARIOS**
M^a FERNANDA LÓPEZ MARTINEZ **2479**
- 527 EL CELADOR Y LA PROTECCIÓN DE DATOS EN LA SANIDAD**
VICTOR GARCIA GARCIA **2483**
- 528 EL CELADOR EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO**
VICTOR GARCIA GARCIA **2487**
- 529 RIESGOS PSICOSOCIALES SOBRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ, RAQUEL MAROTO SEVILLA, REBECA CORREDERA MARTÍN, JULIA MARIA MORENO PECO Y JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN **2491**
- 530 LOS EQUIPOS DE TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ, RAQUEL MAROTO SEVILLA, REBECA CORREDERA MARTÍN, JULIA MARIA MORENO PECO Y JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN **2495**
- 531 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA DIGITALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**
MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ, RAQUEL MAROTO SEVILLA, REBECA CORREDERA MARTÍN, JULIA MARIA MORENO PECO Y JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN **2499**
- 532 LA ERGOFOBIA: EL MIEDO AL TRABAJO**
BLANCA NIEVES FUNCSTA CANCELO, SERGIO GÓMEZ MENENDEZ, PABLO GARCIA REQUEJO, NEREA GÓMEZ MENENDEZ Y JUAN MANUEL GARCÍA CIENFUEGOS **2503**

- 533 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA**
JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ, GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ,
PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, TABITA TULAC NECHITA Y
FRANCISCA CARCELEN APARICIO 2507
- 534 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DESDE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN GERIATRÍA**
JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ, GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ,
PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, TABITA TULAC NECHITA Y
FRANCISCA CARCELEN APARICIO 2511
- 535 LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DENTRO DEL SERVICIO DE FARMACIA**
PAOLA GARCÍA QUIÑONES, MARIA PILAR RUBIO SANCHEZ,
M.ARAZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE, ROSA GARCÍA CASTRO
RODRIGUEZ Y PABLO RODRIGUEZ ABELLAN 2515
- 536 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE INGRESO DE PACIENTES**
PAOLA GARCÍA QUIÑONES, MARIA PILAR RUBIO SANCHEZ,
M.ARAZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE, ROSA GARCÍA CASTRO
RODRIGUEZ Y PABLO RODRIGUEZ ABELLAN 2519
- 537 LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DENTRO DE LA UNIDAD DEL SUEÑO**
ROSA GARCÍA CASTRO RODRIGUEZ, PAOLA GARCÍA QUIÑONES,
M.ARAZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE, MARIA PILAR RUBIO
SANCHEZ Y PABLO RODRIGUEZ ABELLAN 2523
- 538 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN QUIRÓFANO**
GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ, JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ,
PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, TABITA TULAC NECHITA Y
FRANCISCA CARCELEN APARICIO 2527

- 539EL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA DENTRO DEL
ÁMBITO HOSPITALARIO**
MARGARITA VIELSA VILLALON, MARIA JOSEFA ABELLAN
CASTILLO, SONIA RAMOS MARTÍNEZ, ANA MARIN YESTE Y JUANA
MARIA YESTE RAMIREZ 2531
- 540EL PAPEL DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS**
MARGARITA VIELSA VILLALON, MARIA JOSEFA ABELLAN
CASTILLO, SONIA RAMOS MARTÍNEZ, ANA MARIN YESTE Y JUANA
MARIA YESTE RAMIREZ 2535
- 541EL PAPEL DEL CELADOR EN LA PLANTA DE MATERNIDAD**
MARIA JOSEFA ABELLAN CASTILLO, MARGARITA VIELSA
VILLALON, SONIA RAMOS MARTÍNEZ, ANA MARIN YESTE Y
JUANA MARIA YESTE RAMIREZ 2539
- 542EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTION DE LAS RECETAS
MEDICAS ELECTRONICAS POR PARTE DEL SISTEMA OMI**
MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ, MARINELA BARRAJON
INSERTI, MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA, M^a TERESA LÁZARO
SÁEZ Y JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ 2543
- 543PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
DE UN PACIENTE Y LA EDUCACIÓN FAMILIAR NECESARIA**
RAQUEL CASTILLO MARTÍNEZ, MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA
SÁEZ, LOURDES NAVARRO COLMENERO Y LORENA AUÑON YEPES 2547
- 544FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE PRUEBAS
ESPECIALES DE CARDIOLOGÍA**
RAQUEL CASTILLO MARTÍNEZ, MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA
SÁEZ, LOURDES NAVARRO COLMENERO Y LORENA AUÑON YEPES 2551
- 545EL ENFERMERO EN QUIROFANO**
MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA SÁEZ, RAQUEL CASTILLO
MARTÍNEZ, LOURDES NAVARRO COLMENERO Y LORENA AUÑON
YEPES 2555

- 546 **FUNCIONES EN EL ÁREA DE DONACIONES DE PLAQUETAS
HOSPITALARIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARINELA BARRAJON INSERTI, MARIA DE LAS MERCEDES
LOZANO ORTIZ, MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA, Mª TERESA
LÁZARO SÁEZ Y JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ 2559
- 547 **LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LISTA DE
ESPERA QUIRÚRGICA**
MARINELA BARRAJON INSERTI, MARIA DE LAS MERCEDES
LOZANO ORTIZ, MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA, Mª TERESA
LÁZARO SÁEZ Y JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ 2563
- 548 **TRATAMIENTO Y CURA DE QUEMADOS POR EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA**
ALBA JUÁREZ SUÁREZ, LORENA BUENDÍA GALERA Y ANDREA
LÓPEZ FERNÁNDEZ 2567
- 549 **EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE LA
ESPIROMETRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA**
ALBA JUÁREZ SUÁREZ, LORENA BUENDÍA GALERA Y ANDREA
LÓPEZ FERNÁNDEZ 2571
- 550 **LA DEMENCIA EN DIÁLISIS DESDE UNA ENFERMERA**
LORENA BUENDÍA GALERA, ALBA JUÁREZ SUÁREZ Y ANDREA
LÓPEZ FERNÁNDEZ 2575
- 551 **LA IMPORTANCIA DE UN CALZADO ADECUADO PARA LOS
TRABAJADORES DE LOS HOSPITALES**
NEREA GÓMEZ MENENDEZ, SERGIO GÓMEZ MENENDEZ, JUAN
MANUEL GARCÍA CIENFUEGOS, BLANCA NIEVES FUNCSTA
CANCEO Y PABLO GARCIA REQUEJO 2579
- 552 **EL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO**
PILAR FERNANDEZ GONZÁLEZ Y MARIAM CASADO FERNANDEZ 2585
- 553 **EL TÉCNICO DE RAYOS Y SU ACTUACIÓN ANTE PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS**
LORETA CAMACHO MORENO, JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA,
TERESA RUBIO DEL OLMO, ISRAEL AZAÑA CARRASCO Y MARIA
VIZCAINO GONZALEZ 2589

- 554 PAPEL DEL TÉCNICO DE RAYOS DURANTE LA ESTEREOTAXIA EN MESA PRONA**
LORETA CAMACHO MORENO, JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA,
TERESA RUBIO DEL OLMO, ISRAEL AZAÑA CARRASCO Y MARIA
VIZCAINO GONZALEZ 2593
- 555 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE RAYOS EN UNA EXTRAVASACIÓN POR CONTRASTE INTRAVENOSO**
JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA, LORETA CAMACHO MORENO,
TERESA RUBIO DEL OLMO, ISRAEL AZAÑA CARRASCO Y MARIA
VIZCAINO GONZALEZ 2597
- 556 PREVENTIVA Y SEGURIDAD EN LA MANIPULACIÓN DE PRODUCTOS QUÍMICOS EN EL ÁMBITO LABORAL**
CAROLINA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, ELSA AZNAR DÍAZ Y
MÓNICA PRUNEDA BODE 2601
- 557 LA VACUNACIÓN DEL TRABAJADOR EN EL SECTOR SANITARIO**
ELSA AZNAR DÍAZ, MÓNICA PRUNEDA BODE Y CAROLINA
FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 2605
- 558 ACTUACIÓN CONTRA EL RIESGO ELÉCTRICO EN EL ÁMBITO LABORAL SANITARIO**
ELSA AZNAR DÍAZ, MÓNICA PRUNEDA BODE Y CAROLINA
FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 2609
- 559 HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DISPENSADOS POR PARTE DEL CELADOR A LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
GUILLERMO MORENO PÉREZ, MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ,
ALFONSO GANFORNINA CAMPOS, JOSE MARIN GARCIA Y RAFAEL
RODRIGUEZ MORALES 2613
- 560 LAS FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL CELADOR EN LA FARMACIA**
GUILLERMO MORENO PÉREZ, JOSE MARIN GARCIA, RAFAEL
RODRIGUEZ MORALES, ALFONSO GANFORNINA CAMPOS Y
MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ 2619

- 561 LA COMUNICACIÓN CON EL CELADOR**
JULIA MARIA MORENO PECO, RAQUEL MAROTO SEVILLA, REBECA
CORREDERA MARTÍN Y MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ 2625
- 562 EL CELADOR ANTE UN PACIENTE INFECCIOSO**
JULIA MARIA MORENO PECO, RAQUEL MAROTO SEVILLA, REBECA
CORREDERA MARTÍN Y MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ 2629
- 563 BIOPSIA VULVAR 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 2633
- 564 HIDRATACIÓN EN PACIENTE HOSPITALIZADO 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 2637
- 565 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL SERVICIO DE DIÁLISIS**
NURIA ALCAÑIZ ALCÁNTARA, ANA MARÍA JIMÉNEZ PRADOS,
SAGRARIO RODRÍGUEZ GARCÍA, BEATRIZ DIEZ MARTINEZ Y
VERONICA DEL SAZ GARCIA 2641
- 566 EL TÉCNICO DE RAYOS EN EL ESTUDIO DE LOS RIESGOS DE
FRACTURAS POR OSTEOPOROSIS**
ROSA ANA GAMBIN LORENZO, MARIA JESUS LEON GOMEZ,
VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS, ISABEL MARIA HERNANDEZ
DEL REY Y JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS 2645
- 567 CÓMO ENVASAR LOS ALIMENTOS EN LAS COCINAS DE LOS
HOSPITALES**
LLANOS GARCIA ARANOS, ESPERANZA AGUILAR JIMENEZ,
MARÍA PILAR PIERNAS SARRION, FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA Y
MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA 2649

- 568 MÉTODO DE CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS EN FRÍO EN LAS
COCINAS DE LOS HOSPITALES.
LLANOS GARCIA ARANOS, ESPERANZA AGUILAR JIMENEZ,
MARÍA PILAR PIERNAS SARRION, FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA Y
MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA 2653
- 569 INTOXICACIONES Y TOXIFICACIONES ALIMENTARIAS QUE SE
PUEDE ENCONTRAR EN LA COCINA DE LOS HOSPITALES
LLANOS GARCIA ARANOS, ESPERANZA AGUILAR JIMENEZ,
MARÍA PILAR PIERNAS SARRION, FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA Y
MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA 2657
- 570 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS RADIACIONES
TIPO ALFA
ROSA ANA GAMBIN LORENZO, MARIA JESUS LEON GOMEZ,
VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS, ISABEL MARIA HERNANDEZ
DEL REY Y JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS 2661
- 571 EL TECNICO DE RAYOS EN RADIOLOGÍA DE URGENCIAS EN
TRAUMATISMO RENAL
ROSA ANA GAMBIN LORENZO, MARIA JESUS LEON GOMEZ,
VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS, ISABEL MARIA HERNANDEZ
DEL REY Y JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS 2665
- 572 EL PINCHE DE COCINA ANTE EL PLATO TESTIGO.
CONOCIMIENTO E INSTRUCCIONES DE TRABAJO PARA CREAR
EL PLATO TESTIGO EN LAS COCINAS DE LOS CENTROS
HOSPITALARIOS
ROBERTO DIAZ LOSADA, MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ, GEMA
SORIA LOZANO Y ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN 2669
- 573 EL TÉCNICO AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS PRINCIPALES
FUNCIONES QUE DESARROLLA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN
PRIMARIA
ANGELA SERRANO LOPEZ 2673

- 574 COMETIDO DEL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DE PACIENTE PARA QUIRÓFANO**
ALMUDENA REDONDO GARCÍA, MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA,
JESUS RAMIREZ VELASCO, FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO
DÍAZ Y JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS 2677
- 575 COMETIDO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DOMICILIARIO.**
ALMUDENA REDONDO GARCÍA, MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA,
JESUS RAMIREZ VELASCO, FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO
DÍAZ Y JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS 2681
- 576 COMETIDO DEL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUE RECIBE EL ALTA**
ALMUDENA REDONDO GARCÍA, MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA,
JESUS RAMIREZ VELASCO, FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO
DÍAZ Y JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS 2685
- 577 CÓMO MANIPULAR EL GÉNERO QUE ENTRA EN UNA COCINA HOSPITALARIA**
FRANCISCA HONRUBIA VILLENA, AURELIA GARCÍA JIMENEZ,
FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE, MARÍA DOLORES HERAS
ARCAS Y MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA 2689
- 578 LOS PELIGROS FÍSICOS, QUÍMICOS Y FISIOLÓGICOS QUE SE ENCUENTRAN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
FRANCISCA HONRUBIA VILLENA, AURELIA GARCÍA JIMENEZ,
FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE, MARÍA DOLORES HERAS
ARCAS Y MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA 2693
- 579 LA GESTIÓN DE RESIDUOS Y RECICLAJE EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
FRANCISCA HONRUBIA VILLENA, AURELIA GARCÍA JIMENEZ,
FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE, MARÍA DOLORES HERAS
ARCAS Y MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA 2697
- 580 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES DE VIGILANCIA**
JESÚS PERUJO GARCÍA, ANDRES ROSADO BALLESTEROS Y
ANTONIA CARRETERO ROMERO 2701

- 581 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIO: DISPOSICIÓN Y EMLATADO DE LA COMIDA**
MIRIAN LANGREO SERRANO, ANTONIO SAIZ VELASCO,
FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ, LIDIA BALLESTEROS JARA Y
FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR 2705
- 582 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA PREPARACIÓN DE UNA DIETA VEGETARIANA**
MIRIAN LANGREO SERRANO, ANTONIO SAIZ VELASCO,
FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ, LIDIA BALLESTEROS JARA Y
FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR 2709
- 583 FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE UNA DIETA SIN GLUTEN**
ANTONIO SAIZ VELASCO, MIRIAN LANGREO SERRANO,
FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ, LIDIA BALLESTEROS JARA Y
FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR 2713
- 584 EL PINCHE DE COCINA Y SU ACTUACIÓN DURANTE LA PREPARACIÓN Y LIMPIEZA DE VERDURAS Y HORTALIZAS.**
ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN, ROBERTO DIAZ LOSADA, MIGUEL
ÁNGEL ROMERO PÉREZ Y GEMA SORIA LOZANO 2717
- 585 PREVENCIÓN DEL SÍNDROME VISUAL DEL ORDENADOR EN LA AUXILIAR ADMINISTRATIVA**
M DOLORES GARCÍA LÓPEZ 2721
- 586 DOLOR DORSO LUMBAR EN PERSONAL NO SANITARIO.**
MARÍA DEL CARMEN VEGA FERNÁNDEZ Y VIDALINA VEGA
FERNÁNDEZ 2725
- 587 IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA Y LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
MARÍA DEL CARMEN VEGA FERNÁNDEZ Y VIDALINA VEGA
FERNÁNDEZ 2729
- 588 TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL EN LA CONSULTA POR PARTE DEL ODONTÓLOGO**
LUIS GUILLERMO PESO NAVARRO, MARIA ELENA QUILEZ
PARREÑO Y TAMARA VALERA COLLADO 2733

- 589EL ODONTOLOGO Y LA OSTEONECROSIS**
LUIS GUILLERMO PESO NAVARRO, MARIA ELENA QUILEZ
PARREÑO Y TAMARA VALERA COLLADO 2737
- 590UNIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL ODONTÓLOGO ENTRE
USO HABITUAL DE COLUTORIOS DE FLÚOR Y REDUCCIÓN DE LA
CARIES DENTAL**
MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO, LUIS GUILLERMO PESO
NAVARRO Y TAMARA VALERA COLLADO 2741
- 591TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE NEONATOS
HOSPITALARIO**
MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA, SANDRA FERNANDEZ
PAJARES, RAQUEL SALVADOR MOYA, DAVID DE LA PEÑA MARTÍN
Y JUAN CARLOS PULIDO JIMÉNEZ 2745
- 592TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS
HOSPITALARIA**
MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA, SANDRA FERNANDEZ
PAJARES, RAQUEL SALVADOR MOYA, DAVID DE LA PEÑA MARTÍN
Y JUAN CARLOS PULIDO JIMÉNEZ 2749
- 593TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA SIN
INGRESO HOSPITALARIO**
MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA, SANDRA FERNANDEZ
PAJARES, RAQUEL SALVADOR MOYA, DAVID DE LA PEÑA MARTÍN
Y JUAN CARLOS PULIDO JIMÉNEZ 2753
- 594ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ALMACÉN DE UN HOSPITAL:
EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE RECURSOS**
DAVID OLIVARES MUÑOZ, JAVIER SÁNCHEZ-VILLACAÑAS
ABENGOZAR, JOSE CARLOS CANO LORENTE, BEATRIZ OLIVARES
MUÑOZ Y MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS 2757
- 595EL ROL QUE DESEMPEÑA UN CELADOR EN LA SALA DE
AUTOPSIAS DEL HOSPITAL**
DAVID OLIVARES MUÑOZ, JAVIER SÁNCHEZ-VILLACAÑAS
ABENGOZAR, JOSE CARLOS CANO LORENTE, BEATRIZ OLIVARES
MUÑOZ Y MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS 2763

- 596LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LA PUERTA DE RECEPCIÓN
DE UN HOSPITAL. EL CONTROL DE ACCESO AL CENTRO
HOSPITALARIO**
DAVID OLIVARES MUÑOZ, JAVIER SÁNCHEZ-VILLACAÑAS
ABENGOZAR, JOSE CARLOS CANO LORENTE, BEATRIZ OLIVARES
MUÑOZ Y MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS 2767
- 597FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DE UN
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
GUILLERMO MORENO PÉREZ 2771
- 598TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE
ADMISIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO, MARÍA VICTORIA VÁZQUEZ
RAMIRO, BARBARA FERNANDEZ BENITO, JOSE RAUL ALVAREZ
SUAREZ Y JOSEFA PULIDO LOPEZ 2775
- 599TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE
QUIRÓFANO HOSPITALARIO**
JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO, MARÍA VICTORIA VÁZQUEZ
RAMIRO, BARBARA FERNANDEZ BENITO, JOSE RAUL ALVAREZ
SUAREZ Y JOSEFA PULIDO LOPEZ 2779
- 600TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA REALIZACIÓN
DE PRUEBAS CRUZADAS**
MARÍA VICTORIA VÁZQUEZ RAMIRO, BARBARA FERNANDEZ
BENITO, JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ, JOSEFA PULIDO LOPEZ Y
JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO 2783
- 601MECANISMOS PARA LA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS PARA LOS
HIGIENISTAS BUCODENTALES**
CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO, CECILIA QUÍLEZ PARREÑO, JULIA
MARTÍNEZ FELIPE Y CANDELA DÍAZ TARRAGA 2787
- 602EL HIGIENISTA DENTAL Y LAS FUNCIONES DURANTE LA
CIRUGÍA DE IMPLANTES EN HOSPITALES**
CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO, CECILIA QUÍLEZ PARREÑO, JULIA
MARTÍNEZ FELIPE Y CANDELA DÍAZ TARRAGA 2791

- 603**CEFALOMETRÍA HECHA POR UN HIGIENISTA DENTAL
JULIA MARTÍNEZ FELIPE, CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO, CECILIA
QUÍLEZ PARREÑO Y CANDELA DÍAZ TARRAGA 2795
- 604**EL PINCHE DE COCINA Y EL EQUIPAMIENTO DE LA COCINA
HOSPITALARIA: LAS HERRAMIENTAS Y LOS UTENSILIOS DE
COCINA
JESÚS JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA, DARA LÓPEZ
ÁLVAREZ, VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ Y JOSEFA LÓPEZ DE LA
MANZANARA SÁNCHEZ-MIGALLÓN 2799
- 605**EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE
LABORATORIO HOSPITALARIO
ANTONIA RAMIRO GUERRERO, RAUL MARTIN BONILLA,
FERNANDO LOPEZ GARCIA, FERMÍN LÓPEZ GREGORIO Y JOSE
RAUL ALVAREZ SUAREZ 2805
- 606**EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE
ALMACÉN HOSPITALARIO
ANTONIA RAMIRO GUERRERO, RAUL MARTIN BONILLA,
FERNANDO LOPEZ GARCIA, FERMÍN LÓPEZ GREGORIO Y JOSE
RAUL ALVAREZ SUAREZ 2809
- 607**EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y CLASIFICACIÓN DE
LOS ALIMENTOS: LA PIRÁMIDE DE LOS ALIMENTOS
DARA LÓPEZ ÁLVAREZ, VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ, JOSEFA
LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-MIGALLÓN Y JESÚS JOSÉ
MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA 2813
- 608**EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE
FARMACIA HOSPITALARIA
ANTONIA RAMIRO GUERRERO, RAUL MARTIN BONILLA,
FERNANDO LOPEZ GARCIA, FERMÍN LÓPEZ GREGORIO Y JOSE
RAUL ALVAREZ SUAREZ 2819

- 609 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA MANIPULACIÓN DE LOS ALIMENTOS: LA PREPARACIÓN DE LA CARNE**
JOSEFA LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-MIGALLÓN, JESÚS
JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA, DARA LÓPEZ ÁLVAREZ
Y VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ 2823
- 610 LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LA GESTIÓN DE LA AGENDA MÉDICA SANITARIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
ROCIO COVISA PUENTE, ISABEL FITO SÁEZ, FRANCISCA MARIA
CALA ALCÁNTARA, MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS Y ANTONIA
ARMERO MENA 2829
- 611 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA TRAMITACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA AMBULATORIA**
ROCIO COVISA PUENTE, ISABEL FITO SÁEZ, FRANCISCA MARIA
CALA ALCÁNTARA, MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS Y ANTONIA
ARMERO MENA 2833
- 612 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN UN ARCHIVO HOSPITALARIO**
ROCIO COVISA PUENTE, FRANCISCA MARIA CALA ALCÁNTARA,
MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS, ISABEL FITO SÁEZ Y ANTONIA
ARMERO MENA 2837
- 613 EL CELADOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**
GERARDO DÍAZ FUNEZ, JULIO SORIA MARTÍNEZ, CATALINA
MARTINEZ, JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA Y AURORA ARIAS
CARRERO 2841
- 614 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA**
GERARDO DÍAZ FUNEZ 2847
- 615 EL CELADOR EN LAS AYUDAS TÉCNICAS EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**
GERARDO DÍAZ FUNEZ 2853

- 616 ECOGRAFÍA EN OBSTETRICIA: LA COMPETENCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO PARA EL DIAGNÓSTICO**
GLORIA CERDÁ REQUENA, NATALIA DÍAZ PÉREZ, EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO, MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO Y AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO 2859
- 617 RADIACIÓN IONIZANTE Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO DESDE LA PERSPECTIVA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
GLORIA CERDÁ REQUENA, NATALIA DÍAZ PÉREZ, EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO, MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO Y AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO 2865
- 618 IMÁGENES MÉDICAS 3D: LA REVOLUCIÓN EN LA VISUALIZACIÓN PARA EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
GLORIA CERDÁ REQUENA, NATALIA DÍAZ PÉREZ, EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO, MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO Y AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO 2871
- 619 IMPORTANCIA DE LA LOGOPEDIA EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA EN PERSONAS DEPENDIENTES**
RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ, MARÍA TERESA MACÍAS JOAQUÍN Y ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE 2875
- 620 PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN EN COMEDORES ESCOLARES**
RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ, MARÍA TERESA MACÍAS JOAQUÍN Y ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE 2879
- 621 ELECTROESTIMULACIÓN EN LOGOPEDIA**
MARÍA TERESA MACÍAS JOAQUÍN, ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE Y RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ 2883

- 622 REVISIÓN POR EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN
LABORATORIO. CARBAPENEMASAS**
ESTELA FERNÁNDEZ ROMÁN, ANTONIO GARCIA BLEDA, RAQUEL
FUENTES SANTURDE, VANESA GÓMEZ MORALES Y JORGE MARTÍ
CALLADO 2887
- 623 PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES POR EL TÉCNICO
SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO**
ESTELA FERNÁNDEZ ROMÁN, ANTONIO GARCIA BLEDA, RAQUEL
FUENTES SANTURDE, VANESA GÓMEZ MORALES Y JORGE MARTÍ
CALLADO 2893
- 624 MUESTRAS BIOLÓGICAS PARA PRUEBAS DE LABORATORIO
PARA EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO**
ESTELA FERNÁNDEZ ROMÁN, ANTONIO GARCIA BLEDA, RAQUEL
FUENTES SANTURDE, VANESA GÓMEZ MORALES Y JORGE MARTÍ
CALLADO 2899
- 625 INTERVENCIONES FISIOTERAPÉUTICAS EN PACIENTES
GERIÁTRICOS: MEJORA DE LA MOVILIDAD Y FUNCIÓN**
MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO, SAMUEL VILLORA GARCÍA,
SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR, CELIA VELASCO CORTÉS Y
ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ 2905
- 626 IMPACTO DE LA FISIOTERAPIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE
PACIENTES CON LESIONES NEUROMUSCULARES**
MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO, SAMUEL VILLORA GARCÍA,
SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR, CELIA VELASCO CORTÉS Y
ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ 2911
- 627 FISIOTERAPIA Y NEUROPLASTICIDAD: ENFOQUES
INNOVADORES EN LA REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA**
MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO, SAMUEL VILLORA GARCÍA,
SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR, CELIA VELASCO CORTÉS Y
ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ 2917

- 628EL CELADOR EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA Y
CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA**
GERARDO DÍAZ FUNEZ, JULIO SORIA MARTÍNEZ, CATALINA
MARTINEZ, JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA Y AURORA ARIAS
CARRERO 2923
- 629EL CELADOR EN LAS AYUDAS TÉCNICAS EN PACIENTES CON
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**
GERARDO DÍAZ FUNEZ, JULIO SORIA MARTÍNEZ, CATALINA
MARTINEZ, JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA Y AURORA ARIAS
CARRERO 2929
- 630MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL TELEFONISTA EN LA
DISTRIBUCIÓN DE LLAMADAS EN UN CENTRO DE SALUD**
VANESA MARÍN MAESTRO, VICTORIA GARRIDO GARCIA, LAURA
GALDON GARCIA, PETRA VALERA HERRAIZ Y MARIA JOSE
CRESPO ZAFRA 2935
- 631MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL
HOSPITALARIO Y LOS PACIENTES A TRAVÉS DE LA TELEFONISTA**
VANESA MARÍN MAESTRO, VICTORIA GARRIDO GARCIA, LAURA
GALDON GARCIA, PETRA VALERA HERRAIZ Y MARIA JOSE
CRESPO ZAFRA 2939
- 632ATENCIÓN TELEFÓNICA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL:
DESAFÍOS**
VANESA MARÍN MAESTRO, VICTORIA GARRIDO GARCIA, LAURA
GALDON GARCIA, PETRA VALERA HERRAIZ Y MARIA JOSE
CRESPO ZAFRA 2945
- 633EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE
REHABILITACIÓN**
MARÍA DEL CARMEN BELMONTE GOMEZ 2949

- 634 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS: FUNCIONES, ATRIBUTOS Y COMPETENCIAS**
SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR, ALMUDENA ESPINAR, MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ, SUSANA NAVARRO CONTRERAS Y MERCEDES MURILLO GALAN 2953
- 635 EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO EN LA FACILITACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y LA INCLUSIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO**
SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR, ALMUDENA ESPINAR, MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ, SUSANA NAVARRO CONTRERAS Y MERCEDES MURILLO GALAN 2959
- 636 LA ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL EN INSTITUCIONES SANITARIAS: EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO RECURSO HUMANO**
SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR, ALMUDENA ESPINAR, MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ, SUSANA NAVARRO CONTRERAS Y MERCEDES MURILLO GALAN 2967
- 637 BENEFICIOS DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN POBLACIÓN CON TRABAJOS DE OFICINA**
GLORIA OTERO CORTIJO, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ, PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA Y AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ 2973
- 638 EL CELADOR EN QUIRÓFANO**
SANDRA GARCIA SANTIAGO 2977
- 639 HUMANIZACIÓN EN ATENCIÓN SANITARIA: EL PAPEL DE LOS CELADORES**
SANDRA GARCIA SANTIAGO 2983
- 640 LA ASISTENCIA DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA**
SARA VERGAZ TORRECILLA 2987

641	FUNCIONES DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO MARIA JOSE MENA MUÑOZ, ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA, LAURA CORCUERA MARTIN, SANDRA RUIZ ORTEGA Y ELENA EMILIA BOABES	2991
642	APOYO DEL CELADOR AL PERSONAL SANITARIO MARIA JOSE MENA MUÑOZ, ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA, LAURA CORCUERA MARTIN, SANDRA RUIZ ORTEGA Y ELENA EMILIA BOABES	2995
643	FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ORDEN Y SILENCIO DEL CENTRO HOSPITALARIO MARIA JOSE MENA MUÑOZ, ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA, LAURA CORCUERA MARTIN, SANDRA RUIZ ORTEGA Y ELENA EMILIA BOABES	2999
644	EL CELADOR EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA PSIQUIÁTRICA ADRIÁN JOEL PORTILLO GARCÍA, MANUEL ÚBEDA SÁNCHEZ Y MARÍA DEL PILAR MARTIN CURIEL	3003
645	EL CELADOR EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE ADRIÁN JOEL PORTILLO GARCÍA, MANUEL ÚBEDA SÁNCHEZ Y MARÍA DEL PILAR MARTIN CURIEL	3007
646	FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL TRANSPLANTE DE CORAZÓN ARÁNZAZU SÁNCHEZ NIETO Y LAURA FLORES DECHADO	3011
647	FUNCIONES DEL ELECTRICISTA EN LA INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL CABLEADO DE URGENCIAS RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS, VICENTE UBEDA FERNÁNDEZ, MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI, JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ NÚÑEZ Y DAVID GARCÍA BERNAL	3015

- 648****FUNCIONES DEL ELECTRICISTA EN EL MANTENIMIENTO DEL SISTEMA ELÉCTRICO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA**
RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS, VICENTE UBEDA FERNÁNDEZ,
MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI, JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ
NÚÑEZ Y DAVID GARCÍA BERNAL 3019
- 649****FUNCIONES DEL ELECTRICISTA EN EL ALUMBRADO EXTERIOR DEL RECITO HOSPITALARIO**
RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS, VICENTE UBEDA FERNÁNDEZ,
MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI, JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ
NÚÑEZ Y DAVID GARCÍA BERNAL 3023
- 650****EL CELADOR Y SU INTERVENCIÓN EN EL ENFERMO DIABÉTICO**
ANA MARÍA TESTILLANO VELASCO, SANDRA MARTIN-ARAGON
GONZALEZ, ROCIO PULIDO LOPEZ, DANIEL BENEYTEZ MARTÍN Y
JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ 3027
- 651****EL CELADOR Y SU INTERVENCIÓN EN EL ENFERMO COVID**
ANA MARÍA TESTILLANO VELASCO, SANDRA MARTIN-ARAGON
GONZALEZ, ROCIO PULIDO LOPEZ, DANIEL BENEYTEZ MARTÍN Y
JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ 3031
- 652****EL CELADOR Y SU INTERVENCIÓN EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE APENDICITIS**
ANA MARÍA TESTILLANO VELASCO, SANDRA MARTIN-ARAGON
GONZALEZ, ROCIO PULIDO LOPEZ, DANIEL BENEYTEZ MARTÍN Y
JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ 3035
- 653****PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EXPONEN UNA REVISION BIBLIOGRÁFICA SOBRE LAS NUEVAS TECNOLOGIAS Y SU USO**
DIVIS MAYLEN AMAYA MORALES, ALBERTO GONZÁLEZ
FERNÁNDEZ, CLAUDIA GARCÍA GARCÍA, NATALIA RODRIGUEZ
GARCIA Y ATENEA PALOMARES GARCÍA 3039
- 654****EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ Y CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ 3043

Capítulo 1

TRICOBLASTOMA Y TRICOEPITELIOMA

MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO

MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA

FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO

ANA ISABEL PÉREZ EGEA

1 Introducción

Los tricoblastomas y tricoepiteliomas son tumores benignos que se originan de células germinales foliculares. Aparecen, más frecuentemente, en la cara y cuero cabelludo de los adultos. Pueden confundirse, histológicamente, con el carcinoma basocelular.

Aunque estas lesiones, con frecuencia, aparecen esporádicamente, a veces se asocian a síndromes genéticos familiares. La incidencia exacta y prevalencia de los tricoblastomas / tricoepiteliomas en la población general no es bien conocida. Las lesiones esporádicas se presentan con más frecuencia en adultos de 40 años y mayores.

Brooke describió primero el tricoepitelioma como un epiteloma adenoide quístico en 1892. En 1953, Pinkus modificó su descripción, y en 1967, Lever y Montgomery reconocieron el origen embrionario de estas neoplasias a partir de las células germinales foliculares pluripotentes. El tricoblastoma fue descrito por primera vez en 1970 por Headington como una neoplasia folicular diferente, y

en 1993 fue incluida por Ackerman et al. dentro de las neoplasias benignas foliculares germinales.

Aunque el tricoepitelioma y el tricoblastoma son dos entidades distintas, la primera se considera un subtipo de la segunda. Ambas son benignas y rara vez metastatizan. Sin embargo, se pueden transformar en carcinoma tricoblástico, el cual se origina por la pérdida de p53 y elevación de la señal de PI3-AKT en las células tumorales. El carcinoma tricoblástico tiene más potencial de invasión local, recurrencia y metástasis.

2 Objetivos

- Resumir los hallazgos histopatológicos de los tricoblastomas y tricoepiteliomas.
- Identificar los diferentes diagnósticos diferenciales y tratamientos.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 78 años que presenta en el cuero cabelludo una pápula de 0,8 cm de diámetro del color de la piel. Histológicamente, se observa una proliferación celular que no tiene conexión con la epidermis, bien circunscrita, compuesta por células primitivas basalioides que se disponen en múltiples nódulos de pequeño tamaño.

Tanto el tricoblastoma como el tricoepitelioma tienen una imagen histológica similar. Nuestro caso, estaba compuesto por una población celular inmadura, más típica del tricoblastoma. En el tricoepitelioma, las células tienen un aspecto más maduro y se pueden acompañar de quistes córneos (focos de queratinización), y pueden tener conexión con la epidermis. Ambas lesiones muestran empalizada periférica y un estroma folicular fibroblástico-fusiforme sin mucina. Los cuerpos papilares mesenquimales (proliferaciones estromales ovaladas que acompañan al tumor) no siempre se ven. Cuando se ven, son específicas de tumor benigno de células germinales foliculares.

Una variante histológica del tricoepitelioma es el tricoepitelioma desmoplásico, en el que se observa un estroma mucho más fibroso y desmoplásico. Además de esta, hay otras muchas más variantes histológicas incluidas en la clasificación de la OMS de los tumores de piel de 2018, como son la variante nodular, retiforme, cribiforme, racemiforme y columnar. Otras variantes menos comunes, también

incluidas, son la de células claras, pigmentada y adamantinoide. Además, los dermatopatólogos pueden reconocer el tricoepitelioma como una variante de tricoblastoma con nódulos tumorales más pequeños y nidos de células más superficiales, con abundante estroma fibroso.

Aunque aparecen más frecuentemente en cara y cuero cabelludo, también pueden encontrarse en el tronco o extremidades. Pueden afectarse otras localizaciones, tales como la vulva, y tampoco es infrecuente que coincidan con otras lesiones epiteliales como la queratosis folicular invertida o el siringocistadenoma papilífero.

4 Discusión-Conclusión

Estas lesiones son benignas y se tratan con excisión quirúrgica. En caso de que sean varias lesiones o más grandes, puede estar asociado a algún síndrome genético familiar, y, en estos casos, es más frecuente que recurran. En estos casos, no hay una guía sobre cuál es el procedimiento de elección, pudiendo usarse la cirugía, electrocirugía, dermabrasión, crioterapia, o radioterapia, aunque esta última se asocia a la aparición de otros tumores. Los tratamientos con láser son rápidos, seguros y efectivos.

Como diagnóstico diferencial, hay que plantearse en primer lugar el carcinoma basocelular. Éste está compuesto por células más elongadas, con más empalizada, y con frecuencia alcanzan la epidermis. Hay artefacto de retracción, atipia citológica, actividad mitótica, necrosis tumoral y estroma mixoinflamatorio acompañante.

5 Bibliografía

Schukow C, Ahmed A. Trichoblastoma and Trichoepithelioma. [Updated 2023 Mar 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589680/>

Capítulo 2

MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS: INFECCIONES Y DIAGNÓSTICO

FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO

MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO

ANA ISABEL PÉREZ EGEA

MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA

1 Introducción

Se conocen como micobacterias no tuberculosas (MNT) a aquellas especies que no pertenecen al complejo *Mycobacterium tuberculosis*, y que normalmente no causan infección salvo en grupos de riesgo, como en pacientes con inmunodepresión o enfermedad pulmonar subyacente, por lo que se consideran patógenos oportunistas.

A día de hoy hay descritas más de 180 especies de MNT, pudiendo dividirse en dos grandes grupos en función de su velocidad de crecimiento: MNT de crecimiento rápido, donde encontramos *M. chelonae*, *M. fortuitum*, *M. mucogenicum* y al complejo *Mycobacterium abscessus*; y las MNT de crecimiento lento, con *M. chimaera*, *M. kansasii* o el complejo *M. avium*.

Son microorganismos ambientales; se pueden aislar a partir del suelo y de fuentes de agua naturales (ríos, arroyos, etc) o de uso doméstico, donde tienen la capaci-

dad de formar biopelículas que las hacen muy resistentes a su eliminación en sitios como el interior de las tuberías.

La transmisión persona-persona es rara, aunque en algunos pacientes con fibrosis quística sí se han visto casos de este tipo de transmisión de la especie *M. abscessus*. Se transmite mediante inhalación de pequeñas gotas a modo de aerosol, con la consiguiente fagocitosis por parte de macrófagos alveolares de los pulmones, dando lugar a una destrucción local y a una eventual generación de granulomas que pueden presentar distintos grados de necrosis.

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es realizar una revisión del extenso grupo de micobacterias no tuberculosas, abordando algunas de las infecciones que producen y los modos de diagnosticar esta clase de infecciones.

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 artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La manifestación clínica más frecuente es la infección pulmonar, sobre todo en personas con enfermedades pulmonares como enfisema, bronquiectasias o fibrosis quística. Se adquiere fundamentalmente en la comunidad, originando una sintomatología inespecífica, con tos, malestar general, fatiga o dificultad para tragar.

Para el diagnóstico es necesaria una combinación de criterios clínicos, microbiológicos y radiológicos, como el manifestar sintomatología pulmonar, tener opacidades nodulares o cavitadas y/o bronquiectasias multifocales con pequeños nódulos, y presentar al menos dos cultivos de esputo separados en el tiempo con un resultado positivo, o un cultivo positivo de lavado broncoalveolar.

También se han descrito numerosas infecciones extrapulmonares, como resultado de la exposición tanto en el ámbito comunitario como en el hospitalario, siendo importante hallar el reservorio ambiental potencial para su control y erradicación.

Cuando se sospecha una infección por MNT hay que solicitar al laboratorio pruebas como la tinción para bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) y cultivos específicos, siendo necesario un cultivo del sitio de infección para obtener un diagnóstico definitivo. El esputo y el lavado broncoalveolar son las muestras apropiadas para el diagnóstico de la infección pulmonar; para los casos de sospecha de infección en la piel será necesario el cultivo específico para BAAR en el área de la herida, y el cultivo de la sangre para los casos de infecciones diseminadas.

Debido al crecimiento lento de algunas de estas especies de MNT, un laboratorio clínico puede tardar varias semanas en cultivar y emitir un resultado con el género o la especie identificada. Hoy en día, con las técnicas de biología molecular como la PCR (reacción en cadena de la polimerasa) se pueden detectar resistencias hacia algunos fármacos, y también se pueden emplear técnicas de espectrometría de masas como el MALDITOF.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que el especialista sanitario mantenga un grado de sospecha de infección por MNT en personas que tienen factores de riesgo como la inmunosupresión o ciertos traumatismos. Si considera oportuno -en base a la clínica que manifiesta el paciente-, descartar la infección por MNT, deberá solicitar cultivos de BAAR y comunicarse con otros especialistas que puedan orientar para abordar el mejor tratamiento. También es necesario informar de posibles brotes al personal capacitado responsable del hospital, y tener en cuenta los informes de sensibilidad emitidos por el laboratorio, donde se reflejarán los resultados de las pruebas de sensibilidad que permitirán al médico clínico la elección del fármaco que mejor se adecúe al paciente y al microorganismo a tratar.

6 Bibliografía

1. Tortoli E. Impact of genotypic studies on mycobacterial taxonomy: the new mycobacteria of the 1990s. Clin Microbiol Rev 2003;16:319-54

2. Horsburgh Jr CR. Epidemiology of Mycobacterium avium complex. Lung Biol Health Dis. 1996;87:1-22.
3. An official, ATS/IDSA., statement. Diagnosis, treatment, and prevention of non-tuberculous mycobacterial diseases. Am J Respir Crit Care Med. 2007;175:367-416.

Capítulo 3

EL SÍNDROME DE MARFAN

FÁTIMA CANCHO GARLITO

MARÍA SORAYA ISLAS DELGADO

1 Introducción

El síndrome de Marfan es una enfermedad que suele ser de carácter hereditario y se caracteriza por dañar el tejido que se encarga de sostener los órganos y otra estructuras que conforman el cuerpo, también conocido como tejido conjuntivo, las personas que padecen este trastorno poseen un defecto el gen fibrilina-1 y a causa de que este gen también se vea afectado suelen tener una apariencia física diferente a la media, suelen ser personas muy altas, con extremidades correspondientes a esa altura poco común. A pesar de tener las extremidades largas el torso de las personas con este síndrome suele ser corto y el esternón suele estar hundido hacia dentro o sobresalir notablemente. A parte de las características físicas esta patología afecta al corazón, especialmente a la aorta. Curiosamente este problema genético no afecta la actividad cognitiva de los individuos que la padecen como suele suceder con otros problemas genéticos.

El síndrome de Marfan debe su nombre a la persona que lo descubrió, Antoine Marfan. En el año 1895 la curiosidad de Marfan fue despertada por una niña que poseía unas características físicas particulares con dedos y extremidades muy alargados, y presento el caso a la sociedad medica de hospitales de París.

2 Objetivos

- Analizar cómo el síndrome de Marfan puede afectar la vida de la persona que lo padece.

- Conocer las posibilidades de vida que tiene un paciente con dicha enfermedad.

3 Metodología

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

4 Resultados

El síndrome de Marfan es una enfermedad hereditaria, y es poco probable que una pareja que no este afectada por el, la trasmite a sus hijos, pero tampoco es imposible. Hoy en día gracias al diagnostico genético preimplantacional es posible evitar que el feto adquiera esta enfermedad.

Es una enfermedad que puede variar según la familia o incluso la persona, gracias a que el gen mutado sufre de una condición llamada heterogeneidad alélica, condición que le hace ser variable y producir diferentes mutaciones en el mismo gen en distintas personas; Aun no se conoce la causa de esta variación. El hecho de desarrollar diferentes variaciones hace también que cada cuadro clínico sea diferente por lo tanto los síntomas aunque sean casi siempre los mismos no suelen presentarse del mismo modo o en el mismo periodo de tiempo.

Los síntomas pueden ser extremidades largas y altura poco común, o esternón cóncavo o convexo como mencionamos con anterioridad pero también el paciente puede presentar otras señales de alarma de esta patología como lo son los problemas de la columna vertebral, problemas de visión, cráneo estrecho e incluso pueden padecer de disminución del tono muscular. El problemas mas graves que puede presentar esta patología son la dilatación de arteria aorta o desprendimientos de la retina.

Para tratar el síndrome de Marfan se debe mejorar la sintomatología, es esencial tratar los problemas de la vista, los problemas en el corazón se deben tratar con medicamentos que ayuden a regular la presión arterial para así evitar el sobre esfuerzo de la aorta y el resto de las válvulas cardiacas, en algunos casos es necesario realizar una cirugía al paciente en la que se sustituye la aorta. Las expectativas de vida de un apersonas que sufre esta patología, puede ser en ocasiones corto, pero teniendo los cuidados necesarios y llevando un estilo de vida

lo mas sano posible, quien lo padece puede alzar su expectativa de vida a mas de 50 años.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Marfan es una enfermedad genética que afecta a múltiples sistemas del cuerpo, incluidos el esquelético, ocular y cardiovascular. Aunque no tiene cura, se puede controlar y tratar para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Además del tratamiento médico, es importante que las personas con síndrome de Marfan sigan un estilo de vida saludable, incluyendo una dieta equilibrada, ejercicio regular y evitar fumar. También es importante que reciban apoyo emocional y psicológico, ya que vivir con una enfermedad crónica puede ser desafiante.

Sin embargo, es importante que haya conciencia sobre esta enfermedad y se inviertan más recursos en investigación y tratamiento para mejorar la calidad de vida de las personas con síndrome de Marfan.

6 Bibliografía

1. Síndrome de Marfan [Internet]. Mayoclinic.org. 2023 [citado el 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/marfan-syndrome/diagnosis-treatment/drc-20350787>.
2. Wikipedia contributors. Síndrome de Marfan [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=S%C3%ADndrome_de_Marfan&oldid=150177748.

Capítulo 4

PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA, ABORDAJE DE SALUD COMUNITARIO EN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

NURIA SANCHEZ GARRIGOS

FRANK ERNESTO RODRIGUEZ FREYRE

1 Introducción

El tabaco es la principal causa prevenible de mortalidad en países desarrollados, susceptible de intervenciones sanitarias como no sanitarias para inducir cambios en la población. Además es la primera causa prevenible de enfermedad e incapacidad.

La deshabituación al tabaco se relaciona con la disminución del riesgo de padecer una enfermedad relacionada con el tabaco, aunque se requiere de años para equipararse a un individuo no fumador.

El riesgo de cáncer de pulmón en los exfumadores puede equipararse a los que no han fumado nunca a los 10-15 años y la cardiopatía coronaria a los 10 años tras el abandono del tabaco.

Más del 75% de la población es atendido en las consultas de Atención Primaria, lo que es una oportunidad de poder intervenir e inducir un cambio. El 22% de las personas que son atendidas son fumadoras y el 43% de los fumadores nunca han recibido consejo para deshabituación tabáquica.

El principal papel de atención desde el Centro de Salud es la prevención y promoción.

El coste del tratamiento para la deshabituación es menor que el consumo de tabaco y a su vez que el de otras actividades, por tanto el coste-efectividad tiene buena relación.

Desde Atención Comunitaria se ofrece accesibilidad, ofreciendo conocimiento y orientando a la población.

2 Objetivos

El objetivo del estudio fue evaluar la abstinencia a los 3 meses de un programa de deshabituación, valorar la satisfacción de los individuos, identificar la motivación en el acto de fumar, cuántas visitas necesitan para lograr la deshabituación y cuantas necesitaron ayuda farmacológica.

3 Metodología

Se realizó un estudio cuasi experimental pretest-posttest solo a un grupo en Centro de Salud del Prat de Llobregat (Barcelona) en una población con recursos socio-económicos bajos.

Eran fumadores de ambos sexos, con variabilidad en la edad y voluntarios al estudio.

La captación se promovió mediante carteles y el boca a boca de los usuarios.

Los datos fueron recogidos mediante entrevista, anamnesis, exploración física, test de Richmond, Fagerström y tratamiento.

Se recogieron variables de estudio como: sexo, edad, inicio de consumo de tabaco, cantidad de cigarrillos, patologías, dependencia a la nicotina y que motivación tenían para la deshabituación.

4 Resultados

A la fase de consolidación, sólo llegaron un 27% de los usuarios, con un promedio de edad de 44 años.

Un 46.2% eran mujeres y el 52.6% fueron hombres.

El motivo principal de inicio del hábito tabáquico en un 92% fue la influencia de las amistades, otros por adelgazar, curiosidad, por placer, nervios, aparentar o acompañamiento. el 51% de los usuarios fumaban en casa y el 74% en el trabajo. La media de intentos previos fue de 0.78 para los conseguidos y de 1.99 para los no conseguidos.

El número de visitas que necesitaron los que consiguieron dejar de fumar fue de 4.85 frente a 1.88 de los no conseguidos.

Del total de pacientes que han dejado de fumar, el 37% tenía dependencia baja a la nicotina, 33% dependencia moderada y 30% dependencia alta, sin diferencias significativas en el resultado de la intervención.

De los pacientes que finalizaron con éxito el programa de deshabituación, un 52% tenían una motivación alta y de lo que no acabaron un 24%.

Todos los pacientes recibieron ayuda para dejar de fumar.

Un paciente recibió tratamiento con bupropion, 25 usaron caramelos de nicotina y 2 chicles de nicotina.

En 71 casos no utilizaron ningún tipo de tratamiento farmacológico coadyuvante. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el uso de sustitutos de nicotina y dejar o no de fumar

Todos los participantes del estudio, refirieron estar satisfechos con la atención recibida y creyeron necesaria la necesidad del programa para dejar de fumar.

Las personas que no consiguieron dejar de fumar, manifestaron estar contentos con el programa tanto por la proximidad, cercanía, atención, facilidades y accesibilidad.

Además añadieron estar satisfechos por el hecho de haber conseguido los objetivos y con el número de visitas realizadas.

5 Discusión-Conclusión

La probabilidad de éxito en el abordaje de la prevención y tratamiento del tabaquismo en Atención Primaria, es de un 20 a un 30%.

De los resultados del estudio se desprendía un éxito del 27.3% a los 3 meses de haber dejado el consumo de tabaco.

El gran éxito del cese de tabaco puede deberse en gran medida al seguimiento individualizado, de manera constante y a la duración ilimitada del tiempo en las visitas, según necesidades de cada usuario, además de la accesibilidad al Centro de Salud, lo que hace que haya menos incumplimiento de las asistencias a las visitas programadas.

La mitad de los pacientes comparten su hogar con algún fumador y en un 74.7% en el trabajo. Este dato hace necesario planificar intervenciones para prevenir, disminuir, erradicar el consumo del tabaco.

La Atención Primaria de salud es un pilar básico en la intervención de éste tipo, por ser integral, individualizada, sistematizada y multidisciplinar.

6 Bibliografía

1. Patnode CD, O'Connor E, Whitlock EP, Perdue LA, Soh C, Hollis J. Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: a systematic evidence review for the US preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. Última revisión 10/23/2021
2. Sociedad catalana Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de referencia rápida para ayudar a dejar de fumar. Barcelona. Semfyc. Marzo 2022
3. Córdoba R, Nerín I. Niveles de intervención clínica en tabaquismo, 19 (14):541-9
4. Carrión F, Furest I, Pascual JM; Marín I. Intervención mínima en tabaquismo en España. *Arch bronconeumol* 2020; 36: 124-8

Capítulo 5

UNA CAUSA MENOS FRECUENTE DE ASTENIA EN NUESTROS PACIENTES.

BEATRIZ MÉNDEZ ESTEBAN

LUCÍA MOLINA CAMPOS

1 Introducción

La hemólisis es el proceso fisiopatológico central en las anemias hemolíticas (AH), y consiste en la destrucción de los eritrocitos a nivel periférico. Esta destrucción puede ser intravascular (generalmente por presencia de autoanticuerpos) o extravascular (bien por alteraciones anatómicas de los propios eritrocitos, hemoglobinopatías, patología enzimática o procesos autoinmunes).

Clínicamente, se caracteriza por un cuadro inespecífico (al igual que otros tipos de anemia): astenia, debilidad muscular, mareo... pudiendo observarse palidez muco-cutánea o ictericia conjuntival. En casos severos puede producirse una crisis hemolítica, que consiste en un cuadro agudo de malestar general, fiebre, dolor abdominal e incluso evolución hacia shock. Además, es típica la coluria (por eliminación de hemoglobina en orina).

Ante la sospecha de una anemia hemolítica, el estudio inicial común parte de la realización de una bioquímica y un hemograma, que incluya bilirrubina, lactato deshidrogenasa, alanina aminotransferasa (ALT), prueba de antiglobulina o test de Coombs y también el recuento de reticulocitos (con o sin frotis periférico).

Posteriormente, lo más importante es el estudio etiológico que oriente la actitud terapéutica. El tratamiento inicial de una anemia hemolítica van a ser los corti-

coides sistémicos a altas dosis. Las transfusiones de concentrados de hematíes deben reservarse para casos muy severos con reticulocitopenia.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las anemias hemolíticas autoinmunes mediante un caso clínico.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 79 años, con los antecedentes clínicos de dislipemia, hipertensión arterial y probable deterioro cognitivo pendiente de valoración por Neurología. Es poco habitual en la consulta.

Acude con cita, acompañado por su esposa. Refieren un cuadro de malestar inespecífico desde hace unos 15 días: alternancia de estreñimiento y diarrea líquida (pero sin productos patológicos), tendencia al encamamiento... aunque nada muy definido. Reinterrogando, niegan fiebre, náuseas ni vómitos. No parece que haya pérdida de peso. Solo comentan aumento de su disnea habitual, que ahora es de mínimos esfuerzos (caminar unos pasos en llano).

Nuestra primera impresión es de deterioro del estado general. Se muestra con hábito asténico, parco en palabras y con coloración de mucosas subictérica. Preguntando a la mujer, esta confirma que esta semana se ha dado cuenta de que tiene una coloración "amarillenta". Ella nos comenta que casi no lo trae a consulta "porque es muy hipocondriaco y ya no sé cuando es verdad o no". El resto de la inspección es anodina: no signos de distress respiratorio, y se muestra eupneico en reposo.

La auscultación cardiopulmonar es normal, sin sobreañadidos. Nos llama la atención la exploración abdominal: distendido, doloroso a la palpación de forma generalizada, más en hipocondrio derecho y flanco derecho. Defensa marcada, con palpación de hígado bajo arcos costales, doloroso. Murphy es negativo. Rosving y Blumberg neg. No se palpan otras masas. Peristalsis y percusión normal. Las constantes vitales están en rango de normalidad, así como Electrocardiograma.

Decidimos remitir a Urgencias Hospitalarias por encontrar signos de alarma, como el abdomen agudo, la hepatomegalia dolorosa y el tinte subictérico.

En la analítica de Urgencias destaca una bilirrubina total elevada a expensas de directa, una LDH también elevada y un hemograma muy alterado: Hemoglobina (Hb) 6'2 mg/dl, VCM elevado y reticulocitos de 514.900/mm³. Desde hematología, ante estos hallazgos, añaden una prueba coombs directa, que confirma la sospecha de Anemia hemolítica autoinmune.

Es valorado por hematología de guardia, que tras revisar historia previa del paciente no encuentra causa aparente de anemia hemolítica, por lo que se decide ingreso hospitalario. Durante ese tiempo se pautan corticoides sistémicos a altas dosis (1'5 mg/Kg/día) y se hacen controles diarios del hemograma, objetivando descenso inicial de Hb con un nadir de 5'2 mg/dl, pero con una mejoría en 48 horas de los parámetros de hemólisis. Serologías virus hepatotropos negativas.

Ante estabilidad clínica y primeros estudios normales, deciden alta para seguimiento ambulatorio en consultas externas.

4 Discusión-Conclusión

Como conclusión, para llegar a un adecuado diagnóstico de la anemia hemolítica debe haber una sinergia entre la clínica, los hallazgos de laboratorio que evidencien hemólisis y, en el caso de las AHAI, las pruebas inmunológicas. La principal prueba para su estudio es el test antiglobulina o prueba de Coombs. En el tratamiento es fundamental corregir la anemia y disminuir la hemólisis por medio del uso de corticoides. La transfusión y esplenectomía son tratamientos hoy en día controvertidos, por lo que se reservan para casos concretos. Como novedad, la evidencia científica muestra la efectividad de los anticuerpos monoclonales anti CD 20, aunque persistiendo por el momento como agentes terapéuticos de segunda línea.

5 Bibliografía

1. Acosta Pilotos Juan Manuel, Valdés Sojo César. Anemia hemolítica autoinmune con Prueba de Coombs negativa. Rev Ciencias Médicas.
2. Maldonado Rojas MA, Toro Opazo C. Anemias hemolíticas autoinmunes, diagnóstico y tratamiento. RH.
3. Soler Noda Gilberto. Caracterización fisiopatológica de las anemias hemolíticas autoinmunes. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter .

Capítulo 6

PRINCIPALES TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS Y NO FARMACOLOGICOS EN RELACIÓN AL ESTREÑIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR.

CESAR OLIVER SOTELO GARCIA

1 Introducción

El estreñimiento no es una enfermedad, sino únicamente un síntoma que motiva frecuentes consultas médicas, tanto a especialistas como a médicos de familia.

Definirlo es difícil, tanto por la subjetividad como por lo que se entiende por ritmo deposicional normal, sin embargo se podría definir como: La evacuación de heces excesivamente secas, escasas (menos de 50 g/día) o infrecuentes (menos de dos deposiciones a la semana).

El estreñimiento es un síntoma caracterizado por una disminución del número de deposiciones o existencia de esfuerzo o dificultad excesiva para expulsar las heces.

Se considera que un paciente presenta estreñimiento cuando cumple dos o más de los siguientes síntomas en más del 25% de las deposiciones:

1. Número de deposiciones menor a 3 a la semana.
2. Esfuerzo excesivo en evacuar

3. Heces duras. Se consideran excrementos duros cuando son en forma de bolas pequeñas.
4. Sensación de haber evacuado de forma incompleta tras una deposición.
5. Sensación de bloqueo / obstrucción en querer hacer una deposición.
6. Necesidad de ayuda para hacer una deposición (lavativas, supositorios, etc.).

Según su duración el estreñimiento puede ser:

1. Agudo o transitorio: coincidiendo con un viaje por modificaciones en la dieta eliminando fruta o verdura, enfermedades con enlentecimiento, periodos de inmovilidad, por efectos de algunos fármacos.
2. Crónico: cuando dura más de tres meses.

Epidemiología.

La prevalencia del estreñimiento aumenta especialmente después de los 60 años, y es más frecuente en mujeres que en hombres, representa uno de los grandes síndromes geriátricos por su prevalencia, sus graves complicaciones y su importante incidencia en la calidad de vida del anciano

Sólo un 5% de los ancianos tienen menos de tres deposiciones a la semana, aunque más de la cuarta parte de los mayores de 60 años cumplen otros criterios de estreñimiento.

Etología.

Las causas del estreñimiento en el anciano son múltiples y en muchas ocasiones coexisten varias causas a la vez, lo que debe tenerse en cuenta a la hora de plantear un diagnóstico y un tratamiento.(Tabla 1).

Tabla 1. Principales causas de estreñimiento:

MECÁNICAS

Obstructiva

Neoplásicas.

Alteraciones postquirúrgicas. Vólvulos.

Herniaciones.

Funcionales.

Enfermedad diverticular.

Dieta inadecuada en fibras. Proctitis.

Fisura anal.

Prolapso anal.

Hemorroides.

Colitis isquémica.

Colon irritable.

FARMACOLÓGICAS

Laxantes.

Benzodiacepinas. Antidepresivos tricíclicos. Levodopa.

Antagonistas del calcio. Betabloqueantes.

Diuréticos.

Antihistamínicos.

Antiácidos.

Ácido fólico. AINEs. Cualquier opiáceo.

METABÓLICAS Y ENDOCRINAS

Diabetes.

Uremia.

Hipopotasemia.

Hipercalcemia. Hipomagnesemia. Hipotiroidismo

NEUROLOGICAS

Periféricas

Neuropatía autonómica. Ganglioneuromatosis.

Centrales

Traumatismos.

Enfermedades del SNC: Parkinson, demencia, ictus y depresión.

Tabla 1. Principales causas de estreñimiento:

MECÁNICAS

Obstructiva

Neoplásicas.

Alteraciones postquirúrgicas. Vólvulos.

Herniaciones.

Funcionales.

Enfermedad diverticular.

Dieta inadecuada en fibras. Proctitis.

Fisura anal.

Prolapso anal.

Hemorroides.

Colitis isquémica.

Colon irritable.

FARMACOLÓGICAS

Laxantes.

Benzodiacepinas. Antidepresivos tricíclicos. Levodopa.

Antagonistas del calcio. Betabloqueantes.

Diuréticos.

Antihistamínicos.

Antiácidos.

Ácido fólico. AINEs. Cualquier opiáceo.

METABÓLICAS Y ENDOCRINAS

Diabetes.

Uremia.

Hipopotasemia.

Hipercalcemia. Hipomagnesemia. Hipotiroidismo

NEUROLÓGICAS

Periféricas

Neuropatía autonómica. Ganglioneuromatosis.

Centrales

Traumatismos.

Enfermedades del SNC: Parkinson, demencia, ictus y depresión.

De la lista general de causas de estreñimiento existe evidentemente una serie de ellas con una mayor incidencia en el grupo de población anciana.

La inmovilización, las malas condiciones higiénicas, la debilidad, los estados confusionales, la depresión y el uso de medicación deben figurar entre las causas más frecuentes de estreñimiento en estas edades.

La mayoría de los pacientes afectados de estreñimiento no responde a causa patológica alguna y su situación clínica se perpetúa en el tiempo, en estos casos se habla de estreñimiento crónico idiopático.

Principales tipos de estreñimiento.

A) Estreñimiento crónico idiopático.

Es la forma más frecuente de estreñimiento de larga evolución, engloba diferentes situaciones clínicas en las que no es posible identificar ninguna causa orgánica. Es el más frecuente en ancianos.

En estos pacientes es frecuente la existencia de alguna de las siguientes alteraciones funcionales.

B) Inercia colónica.

Consiste en una disminución de los movimientos del colon que produce un enlentecimiento del tránsito de las heces a lo largo del intestino grueso. Puede ser difusa (en todo el colon) o segmentaria (sobre todo, colon descendente o sigma).

C) Disminución de la percepción rectal.

Pacientes ancianos con sensibilidad rectal disminuida, es decir, aunque las heces lleguen al recto no las perciben y, por tanto, no sienten el deseo de defecar. En estos sujetos, el volumen intrarrectal necesario para inducir la percepción y el deseo defecatorio es superior a lo normal. Esta alteración es debida a trastornos neurológicos o al hecho de haber inhibido voluntariamente el acto de la defecación durante años.

D) Anismo

En condiciones normales durante la defecación se produce una relajación del esfínter anal externo y de la musculatura del suelo pélvico, en sujetos con anismo en el intento de defecar no se produce relajación o incluso se produce contracción del esfínter anal con lo que se impide la expulsión de las heces.

Pruebas diagnósticas.

Como en todo problema médico, la historia clínica nos orientará sobre el origen y la causa del estreñimiento.

En aquellos casos en que la historia clínica nos haga sospechar una lesión orgánica debe proseguirse el estudio individualizando para cada paciente en función de su situación mental y física y valorando la relación riesgo-beneficio que cada prueba nos aporta.

Las exploraciones diagnósticas son importantes en el estudio clínico inicial para identificar posibles trastornos patológicos que pudieran requerir tratamiento.

1. Analítica.

De forma rutinaria deberemos solicitar hemograma, glucemia, iones, estudio de función tiroides, calcemia y estudio de sangre oculta en heces.

2. Radiología.

En caso de sospecha de obstrucción intestinal es útil la realización de una radiografía simple abdominal en decúbito y otra en bipedestación. El enema baritado es de gran valor para descartar la enfermedad diverticular o el cáncer colorrectal.

3. Endoscopia.

La colonoscopia sólo está indicada si existe sospecha fundada de cáncer de colon; si no es así, la rectosigmoidoscopia flexible asociada al enema opaco es suficiente para descartar una lesión orgánica.

4. Tránsito colónico.

Es un método sencillo (puede realizarse en cualquier servicio de radiología), barato y reproducible. Está indicado en pacientes en los que se ha descartado patología orgánica y no responden a tratamiento con fibra.

5. Manometría rectal.

El estudio diagnóstico completo de la función anorrectal precisa una valoración del esfínter anal (interno y externo), de la distensibilidad rectal y de la sensibilidad anorrectal. Todo ello puede valorarse mediante la manometría.

2 Objetivos

- Conocer el papel del médico en la valoración de la sintomatología del estreñimiento
- Valorar la importancia de los principales tratamiento no farmacológicos en el tratamiento del estreñimiento
- Describir las principales vías de acción para el tratamiento farmacológico del estreñimiento.

3 Metodología

- Se realiza una revisión sistemática bibliográfica. Las bases de datos consultados fueron: Google académico, Cochrane AEMPS, Dialnet, Pubmed, Cinhal y Scielo. Además se revisaron diversas páginas web (SEPD: Sociedad española de la Patología Digestiva), (AEG: Asociación Española de Gastroenterología), (SCD: Sociedad Catalana de Digestologia), (SEGHNP: Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica).
- En esta revisión se han usado las siguientes palabras claves: “estreñimiento”, “fármacos”, “síndromes geriátricos”, “obstrucción intestinal”. En la estrategia de búsqueda se usaron operadores boleanos tales como “AND” Y OR”. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y periodo temporal (2016-2020) y la disponibilidad de obtener los textos completos de manera gratuita. Quedan excluidas publicaciones en lenguaje diferente al castellano y/o inglés, artículos sin acceso al texto completo o información incompleta. De un total de 50 referencias encontradas se han seleccionado 10 para su análisis en profundidad.

4 Resultados

I. Tratamiento no farmacológico.

1. Dietético: El tratamiento dietético debe constituir el primer escalón terapéutico en el manejo del paciente estreñido. Una dieta rica en fibra va asociada a un aumento en la frecuencia y en el peso de las deposiciones. La fibra actúa aumentando la masa fecal, por proliferación bacteriana, y disminuyendo el tiempo de tránsito intestinal, por estimulación de la motilidad colónica a través de los ácidos grasos volátiles que se desprenden al ser destruida la celulosa por la flora bacteriana del colon.

2. Educación: Es fundamental educar al paciente para que adquiera o recupere el hábito de defecar con regularidad, a ser posible todos los días. Se le recomendará pasar de 10 a 15 minutos sentado en el inodoro después de desayunar (para aprovechar el reflejo gastrocólico), hasta que sienta deseos de defecar; si con ello no se consigue, deberá volver a intentarlo después de comer y después de cenar. La posición correcta a la hora de defecar es con los pies sobreelevados, ya que esta postura es más fisiológica y favorece el vaciado del recto. Para elevar los pies basta con colocar un cajón de unos 30 cm de altura bajo los pies una vez el

paciente esté sentado en el inodoro

3. Ejercicio: El ejercicio físico regular, individualizado a las características de cada paciente, y en particular aquellos ejercicios que potencian la prensa abdominal y el suelo pélvico son particularmente beneficiosos para el tratamiento del estreñimiento y de la incontinencia fecal

Estos tres pilares son fundamentales en el tratamiento del Estreñimiento.

II. Tratamiento Farmacológico.

Indicaciones:

Estreñimiento idiopático en el que son insuficientes las medidas no farmacológicas.

Atonía colónica.

Paciente con dolor en el acto de la defecación.

Alteraciones de la motilidad secundaria a fármacos.

Los pacientes que deben evitar esfuerzo defecatorio (cardiópatas, hipertensos...).

Los siguientes fármacos van en forma creciente según el grado de efectividad que se tenga en cada caso *.

1. Agentes formadores de masa: (plántago Plantaben®, metilcelulosa Muciplasma®, salvado.

Se trata de hidratos de carbono de origen vegetal que no son absorbidos por el intestino humano, salvo en mínimas cantidades; su uso es muy recomendado en pacientes con estreñimiento crónico idiopático. Es tan importante la cantidad de producto ingerida como la de líquido acompañante, para conseguir un correcto efecto. Todos los productos pertenecientes a este grupo están contraindicados en caso de estenosis esofágica, pilórica o ileal, ya que pueden desencadenar un cuadro de oclusión del tracto digestivo.

2. Laxantes hiperosmolares: (lactilol Emportal® , lactulosa Duphalac® y Movicol® Macrogol(PEG)más electrolitos).

Son productos que se absorben poco y con lentitud; actúan por sus propiedades osmóticas, reteniendo agua y electrolitos en la luz intestinal.

La lactulosa Duphalac®. Actúa al ser metabolizada por las bacterias colónicas,

que liberan ácidos grasos de bajo peso molecular, disminuyen el pH del colon y aumentan su peristaltismo. Debe tomarse con precaución en diabéticos. Su efecto secundario más frecuente es la flatulencia. No debe administrarse de forma conjunta con antibióticos, pues disminuye su absorción.

El lactilol Emportal®. Aumenta el volumen y reblandece las heces, favorece el tránsito colónico (disminuye el pH intracolónico, con lo que aumenta la motilidad) y estimula el deseo defecatorio. Actúa aumentando la presión osmótica intracolónica, con lo que induce la retención de agua en las heces y, además, estimula la flora intestinal. Es mejor tolerado y presenta menor frecuencia de efectos secundarios que la lactulosa.

El Movicol®. Efectivo para la resolución de la impactación fecal. Indicado para el estreñimiento crónico; perfil de efectos adversos es semejante a lactulosa, aunque con menor producción de flatulencia.

3. Laxantes emolientes: (parafina Emuliquen® y Hodernal®).

Ablandan las heces al facilitar la mezcla de agua y sustancias grasas en su interior. No conviene utilizarlos de forma crónica, ya que pueden producir dependencia y tolerancia. Su efecto secundario más frecuente es la irritación anal. Produce disminución de la absorción de vitaminas si se administra de forma conjunta. No usar en pacientes con disfagia o alto riesgo de broncoaspiración por riesgo de neumonitis química.

4. Laxantes lubricantes (glicerina, supositorio de glicerina).

Facilitan el paso de las heces y disminuyen la absorción colónica del agua. Los supositorios de glicerina actúan en 30 minutos y, además de lubricar la zona recto-anal, estimulan el reflejo defecatorio, sin efectos secundarios de importancia. Su efecto beneficioso únicamente se produce en los casos en los que la ampolla rectal está llena de heces; por ello, no se debe utilizar con fines profilácticos.

5. Laxantes salinos u osmóticos (sulfato de magnesio, fosfatos)

Retienen agua en la luz intestinal gracias a sus propiedades osmóticas. Están contraindicados en pacientes con insuficiencia renal, disfagia, bajo nivel de conciencia y riesgo de broncoaspiración.

6. Enemas, de agua corriente, de retención de aceite o de fosfato sódico.

No deben utilizarse los enemas de jabón, por el riesgo de colitis aguda, ni de forma continuada aquellos enemas que contengan laxantes osmóticos por el riesgo elevado de trastornos hidroelectrolíticos

7. Laxantes estimulantes de la motilidad (bisacodilo: Dulco Laxo®, en comprimidos y en supositorios; fenolftaleína, aceite de ricino, senósidos A y B: Puntual, Puntualax y X Prep).

Irritan la mucosa intestinal, estimulando la motilidad colónica, y alteran la absorción de agua y electrolitos.

Sólo se deben usar de forma ocasional e intermitente, útiles en los casos de estreñimiento crónico pertinaz, para prevenir impactación fecal, especialmente en pacientes inmovilizados y con antecedentes de cuadros pseudooclusivos por fecaloma.

Pueden colorear de rojo la orina y producir dolor abdominal.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento ha de ser individualizado para cada paciente, en base a la tolerancia, efectividad y aceptación.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de los laxantes no son financiados.

El trabajo multidisciplinario de los diferentes profesionales, especialmente de enfermería, auxiliares, terapeutas, dietistas, cuidadores y el médico, es la base del manejo de este síndrome geriátrico.

El estreñimiento crónico no es un trastorno grave en la mayoría de casos. Puede ser molesto y, a largo plazo, favorecer la aparición de otras alteraciones:

Complicaciones anales como hemorroides o fisuras. Suelen aparecer en estreñimientos crónicos que se acompañan de mucho esfuerzo defecatorio. Cuando aparecen estas complicaciones suele aparecer sangre roja generalmente al final de la deposición o al limpiarse (hemorroide), o dolor al momento de defecar (fisura), sobretodo cuando se evacúan excrementos muy duros. -

Divertículos del colon. Son pequeñas bolsas en la pared del colon que pueden aparecer por el aumento de presión en el interior del colon. Aparecen más allá de los 50 años y la proporción aumenta con la edad. Pueden no producir ningún síntoma y no es un trastorno grave. En una minoría de casos puede infectarse o sangrar.

A pesar de ser una preocupación frecuente de los pacientes con estreñimiento

crónico, no hay ningún dato que sugiera que éste se relacione con la aparición del cáncer de colon, ni que los excrementos retenidos en el colon puedan ser perjudiciales o producir otros síntomas como dolor de cabeza, mal aliento o mal sabor de boca.

6 Bibliografía

- Eirós T, Estébanez R, Iglesias L, Pardo M, Villanueva M. Protocolos de atención farmacéutica. Diarrea. Farmacia Profesional. 2001;15(5):74-82.
- Elorriaga X, Creus M. Estreñimiento. El farmacéutico. 2005;330:88-97.
- Fàbrega J, Ventura I, Rivero M. Estreñimiento y fibra alimentaria. El farmacéutico. 2005;extra marzo:78-86.
- Garrote A, Bonet R. Reguladores intestinales. tipos de laxantes y antidiarreicos. Offarm. 2007;26(4):62-8.
- Gómez-Álvarez P. Dietoterapia en cuadros diarreicos agudos. Régimen eficaz. Farmacia Profesional. 1997;10(6):50-51.
- González L. Reguladores intestinales. Tratamiento de la diarrea y el estreñimiento. Offarm. 2004;23(4):70-8.
- Orozco C, Enríquez M.I. Diarrea. El farmacéutico. 2007;388:53-4.
- Redondo L. La información del farmacéutico, esencial contra el estreñimiento. El farmacéutico. 2000;240:67-71.
- Vilaplana M. Enfermedades y trastornos gastrointestinales. tratamiento dietético. Offarm. 2006;25(3):70-7.
- Zarzuelo A, Comalada M. Estreñimiento. Síndrome de intestino irritable. Aula de la farmacia. 2007;11:28-41.

Capítulo 7

PRINCIPALES TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS EN RELACIÓN A LA INCONTINENCIA FECAL EN EL ADULTO

CESAR OLIVER SOTELO GARCIA

1 Introducción

La definición de Incontinencia Fecal (IF), más aceptada, porque no existe un consenso al respecto, es el paso incontrolable continuo o recurrente de deposiciones (> 10 mL) de consistencia sólida, líquida y gases por períodos de al menos un mes, en pacientes mayores de 4 años.

La (IF) no forma parte del envejecimiento normal, representando uno de los síndromes geriátricos que repercuten más en la calidad de vida del anciano y que más sobrecarga al cuidador, con un gran impacto no solo físico (úlceras por presión, infecciones de orina etc.) sino también de tipo económico (derivado del gasto que genera el alto consumo de absorbentes y los cuidados socio-sanitarios adicionales) y psico-social (ocasionando un deterioro progresivo en las relaciones personales y sociales de los pacientes).

La IF es la segunda causa de internación en hogares con cuidados de enfermería, sobre todo cuando está asociada a incontinencia urinaria.

-Epidemiología.

La edad es un factor a considerar al momento de evaluar la prevalencia de esta patología, llegando desde un 2.6% en personas entre 20 a 29 años hasta un 15% en personas mayores de 70 años.

Existe una mayor prevalencia en mujeres en comparación a los hombres. En el hombre, el daño esfinteriano post cirugía ano rectal, la proctitis por radiación y la presencia de desórdenes sensomotores que afectan la sensación rectal, suelen ser las causas más frecuentes de IF. En la mujer la principal causa de IF es el daño esfinteriano de causa obstétrica, el cual suele manifestarse entre la 5ª a 7ª década de la vida.

Han sido identificados otros factores de riesgo, un estado de salud deteriorado, limitaciones físicas, radioterapia pelviana, alteraciones neurológicas, EPOC, síndrome de intestino irritable, incontinencia urinaria, resecciones colónicas y diarrea crónica

-Fisiopatología.

La continencia anal y la autorización de la defecación dependen también de una sensibilidad específica, por la que se reconoce el paso de gas y de heces, interpretándose la distensión rectal como un deseo de defecar.

La función de reservorio que ejerce el intestino grueso permite almacenar heces sólidas durante mucho tiempo, pero no heces líquidas. El recto normalmente está vacío, pero si se llena, su adaptabilidad le permite retrasar el vaciado de las heces que contenga.

El mecanismo de la defecación depende especialmente de la actividad motora del colon, que presenta varias etapas:

Contracciones segmentarias, no propulsivas, del contenido intestinal.

Contracciones peristálticas propulsivas, para el traslado del bolo fecal hacia el colon izquierdo.

Contracciones segmentarias, no propulsivas, que facilitan la reabsorción del contenido intestinal.

Cuando el contenido intestinal llega a la ampolla rectal y es de suficiente volumen, se produce un estímulo sobre la pared del recto, transformado en deseo de defecar, acompañado de una relajación refleja del esfínter anal interno y de una contracción de la prensa abdominal, del músculo elevador del ano y de una relajación del esfínter externo (fase voluntaria).

El esfínter anal interno representa una barrera de presión permanente, fundamental en la continencia «basal», siempre que aumenta la presión intraabdominal lo hace su tono, excepto cuando es consecuencia de una maniobra de Valsalva (en cuyo caso se relaja).

El esfínter anal externo asegura la continencia de «urgencia», a través de su

contracción (hasta 60 segundos).

Los dos esfínteres están normalmente contraídos. El esfínter anal interno (músculo liso) está sometido a influencias no conscientes, estimulantes (simpáticas) e inhibitorias (parasimpáticas). El esfínter anal externo (músculo estriado) está inervado por ramas de los nervios pudendos, por lo que de forma voluntaria contrae o relaja su tono.

-Etiología.

La incontinencia fecal aparece ante alteraciones severas de algunos de los factores implicados en la continencia y, sobre todo, ante la coexistencia de fallos parciales en varios de ellos.

La causa más frecuente de incontinencia fecal es la diarrea severa. En la mayoría de los casos la etiología es multifactorial.

-Diagnóstico.

Es frecuente la asociación de esta patología con otras alteraciones anatómicas y/o funcionales de la esfera urológica y ginecológica, lo que explica la necesidad de un enfoque multidisciplinario para su manejo.

Para poder detectar estas patologías es fundamental un alto índice de sospecha y una anamnesis detallada respecto a la IF, especificar la fecha de inicio, duración, intensidad de los síntomas, variabilidad en el tiempo, probables factores desencadenantes, historia obstétrica incluyendo número de partos, uso de fórceps, radiación pélvica, diabetes mellitus, enfermedades neurológicas, fármacos, etc.

Es necesario clasificar el tipo de IF; determinando si esta es pasiva, asociada a urge-incontinencia, diarrea o historia de impactación fecal. Es necesario definir la presencia de incontinencia ya sea a heces sólidas, líquidas o gases como también el grado de sensación rectal.

El examen físico debe necesariamente incluir una inspección del área perianal y un examen de tacto rectal, una adecuada inspección evaluará la presencia de fístulas, prolapso hemorroidal o rectal y dermatitis perianal, la cual sugerirá una IF crónica. La sensación perianal puede ser evaluada con el reflejo anocutáneo, su ausencia sugerirá un daño neurológico.

El tacto rectal permitirá evaluar la presión del canal anal, descartar patología anal como impactación fecal, masas y disfunción del músculo puborectal.

Se ha comparado el tacto rectal con la manometría anorrectal, demostrando que el examen físico es sensible y específico en la identificación de la disinergia y el tono normal, siendo de esta manera tan segura como la manometría en la evaluación de la presión de reposo y contracción del canal, en manos de especialistas con experiencia.

-Exámenes en la evaluación de la IF (estudios funcionales).

1. Colonoscopia. Es necesaria en el estudio de todo paciente con diarrea crónica con el fin de descartar, asociado a estudio histopatológico, la presencia de una neoplasia, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis microscópica, enterocolitis eosinofílica u otras colitis.
2. Manometría Anorectal. La manometría anorectal permite la evaluación de la presión del esfínter y los reflejos rectoanales.
3. Defecografía. Aproximadamente 150 ml de medio de contraste es introducido por el recto para posteriormente pedirle al paciente que contraiga la musculatura pelviana y que realice maniobras de pujo y evacuación rectal. Esta modalidad de estudio es la única que permite evaluar los esfínteres y las estructuras del piso pelviano en un tiempo real sin exposición a la radiación.
4. Tiempo de latencia del pudendo. La latencia terminal del nervio pudendo mide la integridad funcional de la porción terminal del nervio pudendo y ayuda a distinguir si un esfínter débil es debido a injuria del nervio o a factores musculares intrínsecos.
5. Endosonografía anal. Este tipo de estudios ha ganado popularidad por ser mínimamente invasivo, indoloro, y costo/efectivo si se compara con otros estudios por imágenes (CT y RM). La endosonografía, es habitualmente realizada por un coloproctólogo y es parte del examen físico en la consulta.

2 Objetivos

- Conocer el papel del médico en la valoración de la sintomatología de la Incontinencia Fecal.
- Valorar la importancia de los principales tratamiento no farmacológicos en el tratamiento de la incontinencia Fecal.
- Describir las principales vías de acción para el tratamiento farmacológico de la Incontinencia Fecal.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática bibliográfica. Las bases de datos consultados fueron: Google académico, Cochrane AEMPS, Dialnet, Pubmed, Cinhal y Scielo. Además, se revisaron diversas páginas web (SEPD: Sociedad española de la Patología Digestiva), (AEG: Asociación Española de Gastroenterología), (SCD: Sociedad Catalana de Digestologia), (SEGHNP: Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica).

En esta revisión se han usado las siguientes palabras claves: “incontinencia”, “fecal” “esfínter” “fármacos”, “síndromes geriátricos”, “obstrucción intestinal”. En la estrategia de búsqueda se usaron operadores boleanos tales como “AND” Y OR”. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y periodo temporal (2010-2020) y la disponibilidad de obtener los textos completos de manera gratuita. Quedan excluidas publicaciones en lenguaje diferente al castellano y/o inglés, artículos sin acceso al texto completo o información incompleta. De un total de 50 referencias encontradas, se han seleccionado 10 para su análisis en profundidad.

4 Resultados

El tratamiento de la IF debe incluir e iniciarse con la educación y cambios de hábitos necesarios para disminuir la posibilidad de pérdidas involuntarias de deposiciones. Debe manejarse de acuerdo a la necesidad y expectativas del paciente, de su estado de salud y actividades habituales.

Debemos tener en cuenta de que el objetivo principal del tratamiento es mejorar la calidad de vida de cada paciente, de acuerdo a su situación particular.

Medidas conservadoras:

Medidas higiénico-dietéticas: programar las defecaciones, aumentar la ingesta hídrica y de fibra, ejercicio físico, etc.

Tratamiento del malestar perianal: evitar el jabón, el papel higiénico, los paños y las toallas; realizar un lavado suave con agua tibia y algodón absorbente después de cada defecación, seguido de secado suave con otro algodón absorbente.

Tratamiento de la impactación fecal (desimpactación manual o con enemas) y del estreñimiento crónico.

Modificación del hábitat o de las barreras arquitectónicas: retrete accesible, sobre todo si existe incapacidad funcional y/o deprivación sensorial; o utilización de algún elemento para recoger las heces; adaptación del retrete para los ancianos.

Utilización de absorbentes: útil en aquellos muy incapacitados.

Tratamiento Farmacológico:

Codeína (30 mg/8 h) y loperamida (4-8 mg/día; mantenimiento según respuesta), que reducen la defecación imperiosa, la frecuencia de los movimientos intestinales y el volumen de las heces.

En ocasiones se puede asociar fibra, para incrementar el bolo fecal y conseguir unas deposiciones más formadas que permitan programar las defecaciones.

Tratamiento rehabilitador.

Rehabilitación pelviperineal (RPP). Constituye la base del tratamiento actual de la incontinencia fecal a partir de la década de los 80, se complementa el concepto de ejercicios específicos (Kegel) con otras técnicas y ejercicios adecuados a las disfunciones del piso pélvico. incluye un evaluación inicial, el tratamiento propiamente tal y la terapia de mantención.

Dentro de las herramientas más frecuentemente utilizadas se encuentran las técnicas de relajación, mejoría de la potencia muscular específica, biofeedback y electroestimulación. Esto requiere habitualmente de 10 a 12 sesiones en un período de 1 a 3 meses.

Es importante que el paciente recupere la “localización” cortical (capacidad de contraer voluntariamente) del conjunto muscular pelviano, así como su capacidad de “disociación” a nivel de grupos musculares (capacidad de contraer sólo un grupo muscular específico).

Neuromodulación Sacra (NMS). Esta técnica fue inicialmente descrita por Tanagho y Schmidt, en 1981 para tratar disfunciones urinarias.

En estos pacientes se observó que, mediante estímulos eléctricos de los plexos sacros, se producía una mejoría en sus hábitos defecatorios y en la continencia anal. Posteriormente es Matzel quien en 1995 la utiliza por primera vez en Incontinencia anal pura. Desde entonces se han publicado diversas series con muy buenos resultados.

La NMS se realiza colocando un electrodo tetrapolar (Quadripolar Lead Kit Medtronic Interstim®, Minneapolis, Minnesota, United States), por punción percutánea, bajo visión radioscópica. El electrodo se conecta a un generador programable (Medtronic Interstim®, Minnesota, United States).

El tratamiento consta de 2 etapas: a) Fase temporal o de prueba: Se localiza una de las raíces sacras S2, S3 o S4 y se estimulan durante un período variable de 5 días a 2 semanas mediante un estimulador externo. b) Fase crónica, definitiva o terapéutica: Colocación de marcapaso generador permanente neuroestimulador. Sólo se pasa de una fase a otra si se objetiva mediante el diario de incontinencia una reducción de ésta en más del 50%.

Neuromodulación Tibial posterior (NTP). Este procedimiento se basa en que el NTP nace de las raíces nerviosas L4, L5, S1, S2, S3 y contiene fibras sensitivas y

motoras. La estimulación de éstas a nivel periférico transmitiría un impulso hacia las raíces sacras y así en forma retrógrada neuromodularía el recto y los esfínteres anales produciendo un efecto similar al que logra la NMS.

Tratamiento Quirúrgico.

Esfinteroplastia. La indicación de cirugía está reservada para aquellos pacientes portadores de IF que no cede a los tratamientos conservadores, incluyendo RPP y NTP, en presencia de un daño anatómico esfinteriano, susceptible de reparación quirúrgica. Es usualmente indicada en IF asociada a daño esfinteriano secundario a trauma obstétrico o a lesiones iatrogénicas post cirugía proctológica (ej: fistulas complejas).

Neuroesfínteres. consiste en posicionar el músculo gracilis alrededor del aparato esfinteriano dañado o no existente, creando un neoesfínter muscular y posteriormente estimularlo eléctricamente con un generador eléctrico programable, de manera de transformar las fibras musculares originales, tipo II en fibras de actividad prolongada o tónicas tipo I . Esta técnica ha caído en desuso por la complejidad, costo y alto porcentaje de morbilidad y bajo porcentaje de éxito a largo plazo.

Esfínter Artificial. La implantación de un esfínter artificial es considerada en aquellos pacientes en quienes han fracasado tratamientos menos invasivos y en quienes no cuentan con un sustrato anatómico adecuado para la cirugía reconstructiva. Esta terapia estaría indicada para lograr la restitución anatómica y funcional anorrectal en casos de malformaciones anorrectales, cirugía reconstructiva oncológica y trauma anorrectal.

Terapia con Células Madre. Los tejidos más utilizados en terapia celular corresponden a células madre extraídas de médula ósea, sangre de cordón umbilical, tejido adiposo y muscular. Las células madre mesenquimales tienen la habilidad de diferenciarse en células componentes de huesos, músculos, grasa, nervios y cartílagos.

Las células madre mesenquimales son capaces de desempeñar tres funciones importantes con habilidades únicas: *Plasticidad: su potencial para transformarse en otro tipo de células. *Retorno: pueden viajar al tejido dañado. *Prendimiento: su capacidad para adherirse al tejido dañado.

5 Discusión-Conclusión

La continencia anal se define como la capacidad de retener el contenido intestinal, sea de la consistencia que sea, hasta que el individuo considera que es el momento y el lugar adecuados para su evacuación.

La Incontinencia fecal (IF) es una patología que puede ser devastadora para quienes la padecen, asociándose a una disminución de la autoestima y reducción de la calidad de vida de los pacientes.

Se ha descrito como la segunda causa de institucionalización en ancianos, sobre todo cuando está asociada a incontinencia urinaria.

La (IF) no forma parte del envejecimiento normal, representando uno de los síndromes geriátricos que repercuten más en la calidad de vida del anciano y que más sobrecarga al cuidador, con un gran impacto no solo físico (úlceras por presión, infecciones de orina etc.) sino también de tipo económico (derivado del gasto que genera el alto consumo de absorbentes y los cuidados sociosanitarios adicionales) y psico-social (ocasionando un deterioro progresivo en las relaciones personales y sociales de los pacientes).

6 Bibliografía

1. Markland AD, Goode PS, Burgio KL, Redden DT, Richter HE, Sawyer P, Allman RM. Incidence and Risk Factors for Fecal Incontinence in Black and White Older Adults: A Population-Based Study. *Am Geriatr Soc.* 2010; 58:1341–1346.
2. Harmston C, Jones OM, Cunningham C, Lindsey I. The relationship between internal rectal prolapse and internal anal sphincter function. *Colorectal Dis.* 2011;13:791-5.
3. Capona R et al. Neuromodulación central y periférica en incontinencia fecal: presentación de 2 casos y revisión de la literatura. *Gastroenterol. latinoam* 2010; 21:350-356.
4. Gil MI. Estreñimiento crónico. Guía de actuación en Atención Primaria. Barcelona: semFYC; 2012. p. 606-10.
5. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Incontinencia en el anciano. Barcelona: Glosa Ediciones; 2011. 8.
6. Schnelle JF, Leung FW. Urinary an fecal incontinence in nursing homes. *Gastroenterology* 2004; 126: S41-S47. 9.
7. Formiga F, Mascaró J, Montero J, Del Río C, Pujol R. Incontinencia fecal en el anciano. *Rev Esp Ger Gerontol* 2004; 39 (3): 174-9.

Capítulo 8

DUELO EN ATENCIÓN COMUNITARIA

NURIA SANCHEZ GARRIGOS

FRANK ERNESTO RODRIGUEZ FREYRE

1 Introducción

El duelo es un proceso de adaptación a la vida después de una pérdida de un ser querido, dónde es posible experimentar tristeza, rabia, vacío, confusión entre otras muchas emociones

También se puede sentir tras un diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades propias o de nuestros seres queridos.

Este proceso lo vivimos tanto de manera individual como de forma colectiva siendo integrantes de nuestra sociedad. Vivimos en una cultura occidental donde se evita hablar de la muerte (conspiración del silencio) se esconde y se niega, aunque a diario se encuentra en las noticias de prensa, radio o televisión, digitales... en las que nos informan de muertes multitudinarias o se realizan duelos comunitarios recordando la vida de un famoso.

Ante el duelo, es necesario la exteriorización de sentimientos y emociones, tener una comunicación afectiva y empatía, recolocando al difunto en otra esfera, y reconstruir un mundo sin él.

El papel de los profesionales en Atención primaria, es conocer conocer las historias de vida y hacer un duelo activo, con tomas de decisiones para que sean lo mas sanas y naturales.

La Atención en el proceso de duelo se trata de valorar las respuestas humanas ante las enfermedades y la muerte.

Abordar el duelo desde Atención Primaria desde un protocolo sistemático y centrarnos en casos en los que pueda cursarse con el duelo patológico e insano, te-

niendo en cuenta que es un proceso personal donde hay que tener en cuenta las creencias espirituales, religiosas e intimidades, reforzando conductas y actitudes más positivas para elaborar un duelo sano y "normal".

2 Objetivos

Capacitar para prestar cuidados a la persona doliente que llega a la consulta del Centro de Salud.

Identificar el problema de salud ante la pérdida de un ser querido.

Facilitar la expresión de los sentimientos y emociones así como de los cambios físicos, emocionales y sociales que experimente a través de la entrevista y valoración.

3 Metodología

La recogida de datos en una primera valoración durante la entrevista debe ser lo más minuciosa posible para alcanzar una resolución satisfactoria del proceso de duelo.

Los diagnósticos de los profesionales de Atención Primaria, deben formularse según las diversas cualidades de la persona y sus problemáticas en las distintas situaciones vitales.

Se pueden identificar distintas etiquetas como: afrontamiento familiar inefectivo, afrontamiento defensivo, afrontamiento individual ineficaz, sufrimiento espiritual, ansiedad ante la muerte, aprensión, preocupación o miedo relacionado con la muerte y/o agonía. Duelo anticipado. Duelo disfuncional. Pérdidas.

Según las estrategias de trabajo CIE-10, NANDA, NIC Y NOC.

4 Resultados

Tras todas éstas directrices útiles para la atención del Duelo desde Atención Comunitaria hacia los pacientes que han sufrido una pérdida, cabe considerar que, un abordaje adecuado en las primeras etapas del proceso de duelo, facilita que los individuos, familias utilicen de forma sana y adaptativa todos los recursos para resolver de manera adecuada la pérdida afectiva y evitar duelos complicados que podrían desencadenar problemas físicos, psicológicos y sociales añadidos a esta. Se corrobora que en Atención Primaria, el papel de los profesionales es fundamental para que éste proceso vital siga con su evolución normal y adaptativa.

Utilizando como papel central al paciente, pues utilizando estrategias de comunicación protocolarizadas y no directrices en intervenciones sistemáticas pueden conseguir un resultado contrario al que deseamos, en lugar de acercarse para acompañar el dolor.

Por tanto el hecho de estar formados en todos estos aspectos ayuda a los profesionales a identificar lo que es un duelo normal de uno duelo patológico o complicado.

Se ha de reconocer que el ser humano tiende a la evitación de la muerte y estableciendo buenas relaciones con los enfermos en estas situaciones cercanas a la muerte sólo es posible si se ha sido preparado previamente para ello y, según algunos autores, si se ha trabajado en la propia muerte.

Es decir, que el nivel de conocimientos y habilidades, añadido a la actitud personal para el afrontamiento a la muerte, condicionan mayores o menores dificultades que son proporcionalmente a la preparación obtenida.

Podemos afirmar que la figura de los profesionales sanitarios en Atención Primaria adquiere campos del morir y la muerte (tanología misma) un papel relevante y ciertamente muy provechoso para los pacientes moribundos y sus familiares, sin olvidar que la sociedad, como un foro de una educación sanitaria para una vida digna, pero además de una muerte digna también ha de ser objeto de atención.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las personas superan el duelo sin tratamiento. El apoyo proviene de familiares y amistades. Los ritos funerarios son propios de cada cultura y cumplen un papel fundamental.

Facilitan las expresiones y emociones, canalizan la redistribución de bienes, tienen un valor simbólico y de comunicación, componente social.

Los profesionales de atención comunitaria, prestan una labor sin profesionalizar todos los casos, desde la cercanía y la accesibilidad, acompañando el duelo de los pacientes que pidan o ayuda o de manera oportunista en las consultas, previniendo la aparición de duelos patológicos, incidiendo en cuidadores ancianos, pacientes graves y/o terminales.

Reconducir duelos patológicos a duelos más sanos y valorar la aparición de psicopatología que precise atención en las unidades de Salud Mental.

Se debe prestar una asistencia con actitud receptiva, observadora y empática, facilitando la comunicación verbal de sus experiencias. Valorar factores de riesgo.

Realizar seguimiento del duelo a los 6 meses y al año y plantear grupos de autoayuda en caso de déficit sociofamiliar.

Proporcionar los fármacos bajo prescripción, intentando retrasar los antidepresivos hasta un periodo de tres meses a excepción de episodios de depresión mayor. Los fármacos de primera elección aconsejables son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, pues tienen mayor poder ansiolítico como la paroxetina. No hay evidencias que apoyen que la medicación suprima el proceso de duelo o interfiera con el resultado adaptativo.

Ante complicaciones se derivarán al centro de Salud Mental.

6 Bibliografía

1. El duelo en Atención Primaria a la salud. Formación médica continuada. Ed Grupo Aula Médica, S.A., 1998; p519-39 ELSEVIER
2. Actividad del duelo. Aprender de la pérdida. 2022 pág 67-82.
3. Qué es humanizar la salud. Por una asistencia más humana. 2013
4. Sociedad Española e Internacional de Tanatología.

Capítulo 9

CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS DEPENDIENTES

NURIA SANCHEZ GARRIGOS

FRANK ERNESTO RODRIGUEZ FREYRE

1 Introducción

”Se entiende por cuidador principal (CP) la persona responsabilizada de ayudar a una persona dependiente en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria durante la mayor parte del día, y que no recibe compensación económica por ello”

En España el cuidado de personas dependientes, es asumido en su mayoría por los familiares, constituyendo el principal sistema de apoyo informal.

Éste estudio relaciona el sexo, genero con características sociodemográficas y sociolaborales de las personas cuidadoras principales.

El sobrevivir cada vez más años y el incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas, genera cada vez más número de personas Dependientes, son aquellas que no pueden realizar por sí mismas, de manera parcial o total las Actividades de la Vida Diaria.

En un marco de política sanitaria asistencialista, España, al contrario de una política universalista, Europa, la familia, asume la responsabilidad de cuidar a sus personas dependientes.

Así en España, el 90% de los cuidadores son familiares, constituyendo el sistema de apoyo informal, don de las Personas Cuidadoras Principales proporcionan más cuidados, durante más horas y asumiendo más responsabilidad sin retribu-

ción económica, manifestando hacerlo por deber moral u obligación, incluso por repercusión psicológica positiva en el acto de cuidar.

Según la perspectiva psicosocial se relaciona con roles de género asumiéndose en su mayoría por mujeres.

2 Objetivos

La finalidad del estudio fue conocer las diversas características demográficas, sociales y laborales de las personas cuidadoras principales de personas dependientes y la relación edad y sexo.

- Describir las características sociodemográficas y la tipología de género.
- Describir las características sociolaborales.
- Describir los factores asociados al desempeño del rol cuidador.

3 Metodología

Se realizó un estudio observacional transversal y se seleccionaron por muestreo probabilístico accidental del censo a 132 pacientes de la Unidad de Apoyo Familiar de la Zona Básica de Salud en la ciudad de Almería.

- Variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, convivientes, residencia y problemas de habitabilidad.
- Variables sociolaborales: trabajo remunerado, ingresos y ayudas económicas.

Cuestionario de preguntas y cuestionario validado ICUB-97. Realizándose análisis descriptivo univariante. Recogida de datos durante 8 meses.

4 Resultados

De la muestra se concluye que:

- El 85% de las cuidadoras principales son mujeres.
- Un 25% de 45 a 54 años de edad.
- El 35% presentaba estudios primarios incompletos.
- En cuanto la convivencia de las personas cuidadoras principales, la mayoría están casados y tienen hijos, con una media de 1 a 3 hijo/as y otros convivientes hasta 7 personas de distinto parentesco.
- El 71% de los hombres viven en la misma casa de la persona dependiente, frente al 50% de las mujeres.

- El 52% de las mujeres cuidadoras, se encontraban en situación de paro con dedicación exclusiva a labores domésticas, mientras el 71% de los hombres, que tenían trabajo remunerado o el 28% en situación de jubilación.
- Ayudas de la Administración a un 58% de las mujeres.
- La interrupción laboral se encontraba de 2 meses a 2 años para el cuidado de un familiar adulto.
- El 30% de las mujeres hacen la compra y el 50% cocina y limpian. El 14% de los hombres realizan también estas tareas pero sin responsabilizarse de ninguna de ellas.
- Las gestiones domésticas tenían una dedicación de entre 1 y 2 horas semanales en el 100% de las mujeres, frente a un 57% de los hombres.
- Similar porcentaje de mujeres y hombres tenían buena relación con la persona dependiente.

Los principales motivos para elegir al cuidador son:

- Parentesco.
- No haber más variabilidad de elección.
- Decisión propia.

Por todo ello, el porcentaje de mujeres como cuidadoras principales es mayor que el de los hombres, tienen entre 45-54 años y con bajo nivel de estudios, mala situación convivencial, económica y laboral.

Se responsabilizan y realizan más actividades domésticas, invirtiendo más horas y más necesidades con más variabilidad a la persona dependiente.

Tanto hombres como mujeres tenían buena relación con la persona dependiente, en su mayoría hijos, prestando cuidados menos de 10 años, bien obligación moral o mejorar la calidad de vida del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Sin tener en cuenta las limitaciones del estudio, por ser una muestra muy pequeña y sin correlaciones estadísticas, se ha podido observar resultados similares a otros estudios.

Hay un mayor porcentaje de mujeres como cuidadoras principales de personas dependientes, con una variabilidad de convivencia de 1 mes hasta 20 años, con cambios en la estructura familiar, con peor situación económica y laboral remunerada, puesto que se dedican a labores domésticas y se encuentran en situación de desempleo o paro.

Las mujeres se responsabilizan realizan más actividades de la vida diaria y otras necesidades y aplican más variabilidad que los hombres.

Parece que el sexo influye más que la tipología, por tanto es posible deducir que rasgos femeninos son más frecuentes pero no imprescindibles para el cuidado.

6 Bibliografía

1. Definición persona cuidadora de personas dependientes, ELSEVIER.
2. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Barcelona, Fundación la Caixa 2021.
3. Aspectos más relevantes del envejecimiento poblacional. La salud de los mayores: potencial de bienestar y calidad de vida. Almería 2018.
4. Aspectos demográficos del envejecimiento. 2021
5. Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. 2020.

Capítulo 10

EL SÍNDROME DE BRUGADA. LA MUERTE SILENCIOSA

JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ

FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ

CARMEN MORENO

ANDREA GARCÍA

ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ

1 Introducción

El síndrome de Brugada es una enfermedad cardíaca hereditaria que ha intrigado y preocupado a la comunidad médica y científica desde su descubrimiento en la década de 1990. Se caracteriza por un patrón característico en el electrocardiograma (ECG) y puede predisponer a ritmos cardíacos anormales potencialmente mortales. A pesar de ser relativamente rara, esta afección ha capturado la atención debido a su capacidad para desencadenar eventos cardíacos graves y súbitos.

El síndrome de Brugada lleva el nombre de los hermanos Pedro y Josep Brugada, quienes lo describieron por primera vez en 1992. Desde entonces, ha habido avances significativos en nuestra comprensión de esta enfermedad, pero aún persisten misterios y desafíos.

Desde el punto de vista genético, el síndrome de Brugada se hereda de manera autosómica dominante, lo que significa que un solo gen defectuoso transmitido por

uno de los padres puede causar la enfermedad. Se han identificado varias mutaciones en genes relacionados con los canales iónicos cardíacos, que desempeñan un papel crucial en la conducción eléctrica del corazón.

Las manifestaciones clínicas de esta enfermedad pueden variar ampliamente, desde pacientes asintomáticos hasta aquellos que experimentan síntomas graves, como síncope (desmayo) y palpitaciones. La complicación más temida es la muerte súbita cardíaca, que puede ocurrir en casos severos.

2 Objetivos

Comprender este trastorno cardíaco en profundidad, desde su genética inusual hasta una evaluación del riesgo de la misma, pasando por sus manifestaciones clínicas, diagnóstico y 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 y también se han consultado artículos en las principales bases de datos seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El síndrome de Brugada es una enfermedad cardíaca hereditaria que afecta la conducción eléctrica del corazón y puede dar lugar a ritmos cardíacos anormales potencialmente mortales. Fue descubierto por los hermanos Pedro y Josep Brugada en 1992 y desde entonces ha sido objeto de intensa investigación. En esta explicación de 900 palabras, profundizaremos en los aspectos clave de este síndrome, incluyendo su genética, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento.

Genética del Síndrome de Brugada

El síndrome de Brugada es una enfermedad hereditaria con un patrón de herencia autosómico dominante, lo que significa que un solo gen defectuoso es suficiente para transmitir la enfermedad de padres a hijos. Hasta la fecha, se han identificado mutaciones en varios genes, incluyendo SCN5A, CACNA1C, CACNB2b, y

otros, que están relacionados con el síndrome de Brugada. Estos genes codifican proteínas involucradas en la función de los canales iónicos cardíacos, que son esenciales para la propagación de los impulsos eléctricos a través del corazón.

Cuando se produce una mutación en uno de estos genes, se altera la función de los canales iónicos y se produce una disminución en la corriente de sodio en las células cardíacas. Esto puede llevar a un desequilibrio en la conducción eléctrica del corazón y a la aparición de arritmias ventriculares potencialmente mortales, como la taquicardia ventricular y la fibrilación ventricular.

Manifestaciones Clínicas

El síndrome de Brugada puede manifestarse de diversas maneras, y su presentación clínica puede variar de un individuo a otro. En algunos casos, los pacientes pueden ser asintomáticos y la enfermedad se descubre de manera incidental durante un electrocardiograma de rutina. Sin embargo, en otros casos, los síntomas pueden ser más notables y potencialmente peligrosos. Algunos de los síntomas y manifestaciones clínicas más comunes del síndrome de Brugada incluyen:

Síncope (desmayo): El síncope es uno de los síntomas más preocupantes, ya que puede ser indicativo de arritmias graves que comprometen el flujo sanguíneo al cerebro.

Palpitaciones: Algunas personas con síndrome de Brugada pueden experimentar palpitaciones cardíacas, que son sensaciones de latidos cardíacos irregulares o acelerados.

Muerte súbita cardíaca: En casos graves, el síndrome de Brugada puede dar lugar a una muerte súbita cardíaca, que es una situación de emergencia médica.

Es importante destacar que la gravedad de la enfermedad y la frecuencia de los síntomas pueden variar ampliamente entre individuos, incluso en una misma familia con la misma mutación genética.

Diagnóstico

El diagnóstico del síndrome de Brugada se basa en una combinación de hallazgos clínicos, electrocardiogramas (ECG) y pruebas genéticas. El ECG suele ser una herramienta diagnóstica clave, ya que muestra patrones característicos en las derivaciones precordiales (V1-V3) que son indicativos de la enfermedad. Estos

patrones, conocidos como "patrones tipo 1", se caracterizan por elevación del segmento ST seguida de una onda T negativa en forma de "cúpula". Es importante señalar que estos patrones pueden ser intermitentes, lo que significa que pueden no estar presentes en todos los ECG y pueden variar con el tiempo.

Además del ECG, se pueden realizar pruebas genéticas para identificar mutaciones en los genes asociados al síndrome de Brugada. Sin embargo, no todas las personas con el síndrome de Brugada tienen mutaciones genéticas identificables, lo que hace que el diagnóstico genético sea más complicado en algunos casos.

Evaluación de Riesgo y Estratificación

Una vez que se ha diagnosticado el síndrome de Brugada, es importante evaluar el riesgo de arritmias graves y muerte súbita cardíaca en cada paciente. La estratificación del riesgo se basa en varios factores, incluyendo la historia clínica, los hallazgos en el ECG, la presencia de síntomas y el resultado de las pruebas genéticas.

Los pacientes de alto riesgo, que tienen antecedentes de síncope o arritmias ventriculares graves, pueden ser candidatos para la implantación de un desfibrilador cardioversor implantable (DCI), un dispositivo que puede detectar y tratar automáticamente las arritmias potencialmente mortales. Los pacientes de bajo riesgo, por otro lado, pueden ser seguidos de cerca con evaluaciones regulares y monitoreo cardíaco.

Tratamiento y Manejo

El tratamiento y el manejo del síndrome de Brugada pueden variar según la gravedad de la enfermedad y el riesgo individual. Algunas de las estrategias de tratamiento y manejo incluyen:

Desfibrilador Cardioversor Implantable (DCI): Como se mencionó anteriormente, los pacientes de alto riesgo pueden beneficiarse de la implantación de un DCI para prevenir la muerte súbita cardíaca.

Medicamentos antiarrítmicos: En algunos casos, se pueden usar medicamentos antiarrítmicos para controlar las arritmias y reducir el riesgo de eventos cardíacos graves. Sin embargo, su eficacia puede ser limitada, y deben ser utilizados con precaución bajo supervisión médica.

Evitar desencadenantes: Algunos factores desencadenantes, como la fiebre, ciertos medicamentos y la ingesta de alcohol, pueden aumentar el riesgo de arritmias en personas con síndrome de Brugada. Se recomienda evitar estos desencadenantes cuando sea posible.

Seguimiento médico regular: Todos los pacientes con síndrome de Brugada deben ser evaluados regularmente por un cardiólogo especializado para monitorear su condición y ajustar el manejo según sea necesario.

Es importante destacar que el síndrome de Brugada es una enfermedad compleja y en constante investigación. Los avances en la comprensión de su genética y fisiopatología continúan mejorando el diagnóstico

5 Discusión-Conclusión

Es impresionante cómo los hermanos Brugada, pioneros en este campo, identificaron y dieron nombre a esta entidad clínica distinta que, en muchos casos, puede ser hereditaria y transmitirse de generación en generación. La heterogeneidad genética subraya que aún queda mucho por descubrir sobre sus causas y su diversidad en poblaciones de todo el mundo.

La genética desempeña un papel fundamental en esta enfermedad, y la identificación de mutaciones en genes específicos ha mejorado la capacidad de diagnosticar y estratificar el riesgo en los pacientes. Sin embargo, sigue siendo un desafío clínico debido a su variabilidad en la presentación clínica.

En conclusión, el síndrome de Brugada ilustra la importancia de la investigación médica y la medicina personalizada en la atención de enfermedades cardíacas hereditarias. Además, destaca la necesidad de una vigilancia médica continua en pacientes en riesgo. A medida que avanzamos en la comprensión de esta enfermedad, esperamos mejorar la identificación y el manejo, lo que podría salvar vidas y brindar un mayor conocimiento sobre los trastornos del ritmo cardíaco en general.

6 Bibliografía

- Martini B, Nava A, Thiene G, Buja GF, Canciani B, Scognamiglio R, Daliento L, Dalla Volta S. Ventricular fibrillation without apparent heart disease: description of six cases. *Am Heart J* 1989 Dec;118(6):1203-9.

- Brugada P, Brugada J. Right bundle branch block, persistent ST segment elevation and sudden cardiac death: a distinct clinical and electrocardiographic syndrome. A multicenter report. J Am Coll Cardiol. 1992 Nov 15;20(6):1391-6.
- <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/brugada-syndrome/symptoms-causes/syc-20370489?p=1>

Capítulo 11

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y AFRONTAMIENTO EN DIABETES MELLITUS

NURIA SANCHEZ GARRIGOS

FRANK ERNESTO RODRIGUEZ FREYRE

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad metabólica, crónica, que se caracteriza por mantener elevados los niveles de glucosa, llegando a producir daños en vasos sanguíneos, corazón, ojos, riñones y nervios.

Se estima una prevalencia entre el 4-6% y supone una gran utilización de servicios, recursos y un importante impacto en las personas tanto a nivel personal, familiar, social y laboral, que puede llegar a afectar a su capacidad funcional y calidad de vida.

Desde que se define el diagnóstico, la persona debe realizar unos autocuidados que van desde la dieta, tratamiento farmacológico, autoanálisis, higiene, ejercicio, cuidados de los pies, adquirir técnicas...

Hay pacientes que tienen sentimientos de frustración, otros de rechazo ante limitaciones, renunciadas, sentimientos de culpa, estrés. Requiere un proceso de adaptación en las actividades de la vida diaria, adquirir información, conocimientos, desarrollar habilidades.

En los programas educativos, los profesionales de Atención Primaria incluyen conocimientos necesarios sobre el manejo de la enfermedad, identificando y entrenando en estrategias de afrontamiento que faciliten manejar las situaciones de estrés, logrando una adaptación de la enfermedad.

La educación para la salud es esencial en el abordaje terapéutico del diabético, donde se incluye la dieta, el ejercicio y las mediciones.

Además, si la intervención educativa se realiza de forma grupal, facilita la comprensión de diferentes actitudes y comportamientos, resultado motivador y reforzador.

2 Objetivos

Lo que se pretende determinar es la eficacia de un taller de habilidades de afrontamiento para mejorar el autocuidado de las personas diabéticas.

3 Metodología

Se realizó un estudio experimental, abierto y aleatorio de dos grupos, un grupo con habilidades de afrontamiento y otro sin ellas, durante 2 años sobre población con diabetes mellitus tipo 2 de 9 Equipos de atención primaria pertenecientes al área de Madrid.

Hubo una formación previa por parte de los profesionales.

Se diseñaron talleres para recogida de datos a través de la entrevista clínica y exploración.

Las variables fueron relacionadas con el autocuidado como: alimentación, ejercicio, adhesión al tratamiento, realización de perfiles glucémicos, cuidados de pies, complicaciones, consumo de tabaco, apoyo social, índice de masa corporal, control de hemoglobina glicada, niveles de ansiedad y modos de afrontamiento.

4 Resultados

Consiguieron acabar el estudio 69 pacientes con técnicas de afrontamientos y 78 sin éstas técnicas.

No había diferencias relevantes al inicio del estudio, excepto la práctica de ejercicio en el grupo con técnicas de afrontamiento en su mayoría.

La edad media fue de 62 años y participaron un 46% de varones respecto a un 54% de mujeres.

La media de años de evolución de la diabetes fue de 8.34 años y el número de fármacos que tomaban era de un 73% de antidiabéticos orales, insulina un 24.3% y ambos un 2.7%

Mejoraron todas las variables al año tras la intervención en ambos grupos, excepto en el consumo de tabaco y apoyo socio-familiar.

En cuanto a la manera de afrontar, no hubo grandes diferencias, si se observó que la habilidad de afrontamiento al inicio y al final más utilizada fue la búsqueda de apoyo social para ambos grupos.

Los valores de hemoglobina glicada (HbA1c) disminuyeron significativamente, pero sin diferencias entre ambos grupos.

Cuanto a la ansiedad, se apreció un descenso significativo en ambos, tampoco diferencias entre ellos.

En cuanto al autocuidado, no se objetivaron diferencias significativas al final del estudio entre ambos grupos.

De manera general, se observó una mejora en los cuidados de alimentación, ejercicio, seguimiento de controles, cuidados de pies en los pacientes de cada uno de los grupos de estudio tras las intervenciones realizadas.

Sin embargo, no se logra mejorar la adherencia al tratamiento, consumo de tabaco y el apoyo social y familiar, puesto que los niveles de exigencia y cumplimiento requieren más esfuerzo y de una acción multidisciplinar, desde los ámbitos sanitarios, sociales, educativos y político-económico.

En cuanto a las diferencias de ambos grupos, sugiere que las intervenciones educativas en grupos, con independencia del contenido de las sesiones, resultan eficaces para lograr mejora en las variables de cuidados estudiadas.

5 Discusión-Conclusión

La educación para la salud desde el ámbito de atención primaria, la labor de los médicos y enfermeras del centro de salud ha demostrado los efectos beneficiosos sobre los resultados obtenidos en los cuidados al paciente diabético.

Los pacientes tras recibir educación mejoran los niveles de HbA1c. Estos programas consiguen un descenso en la glucemia basal, en el índice de masa corporal (IMC) y el autocontrol de la glucemia, mejorar los cuidados en la alimentación, ejercicio, control de glucemia, cuidados de los pies y menos incidencias en cuanto a las complicaciones, ingresos hospitalarios y mortalidad.

La educación para la salud (EPS) es una herramienta eficaz para mejorar el autocuidado de los pacientes diabéticos.

La inclusión en habilidades cognitivas de afrontamiento en los programas educativos de atención primaria y la formación de los profesionales en estas técnicas resulta beneficioso a corto y largo plazo como parte fundamental del tratamiento

de enfermedades crónicas, ya que mejora el autocuidado y el nivel de ansiedad ante la enfermedad.

Las habilidades de afrontamiento más utilizadas han sido la planificación, la resolución de problemas, el autocontrol y la búsqueda de apoyo social.

6 Bibliografía

1. Pan American Health Organization.
2. Subdirección general de Atención Primaria. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Subdirección General de Coordinación.
3. Informe técnico del grupo de Educación sanitaria y Promoción de la salud. Efectividad de la educación Sanitaria en Grupo en el marco de la atención Sanitaria. Barcelona. SemFYC. 2018
4. Área de Atención Primaria 11. Programa del Adulto. Atención a las personas con diabetes mellitus. Madrid 2020.

Capítulo 12

ENFERMEDAD DE CUSHING

JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ

FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ

CARMEN MORENO

ANDREA GARCÍA

ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ

1 Introducción

La enfermedad de Cushing es un trastorno endocrino que afecta a un número significativo de personas en todo el mundo. Se caracteriza por una serie de síntomas y signos clínicos que resultan de un exceso de cortisol en el organismo.

El cortisol es una hormona esencial para la regulación de diversas funciones del cuerpo, como el metabolismo, el sistema inmunológico y la respuesta al estrés. Cuando los niveles de cortisol son demasiado altos durante un período prolongado, puede desencadenar una amplia gama de problemas de salud.

Los síntomas más comunes de la enfermedad de Cushing incluyen aumento de peso inusual, redistribución de la grasa corporal hacia la parte superior del cuerpo, debilidad muscular, hipertensión arterial, piel delgada y frágil, así como cambios emocionales y cognitivos.

Esta enfermedad puede ser causada por diversas razones, como tumores en la glándula pituitaria, los riñones o las glándulas suprarrenales, o por la administración excesiva de corticosteroides, ya sea de forma terapéutica o como resultado de una afección médica subyacente.

El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Cushing son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los afectados y prevenir complicaciones graves. La gestión de esta enfermedad suele requerir una colaboración multidisciplinaria entre endocrinólogos, cirujanos y otros profesionales de la salud.

En resumen, la enfermedad de Cushing es un trastorno hormonal complejo que afecta la salud y el bienestar de las personas, y su abordaje efectivo es crucial para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

- Conocer la enfermedad de Cushing, su cuadro clínico, epidemiología y 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 y también se han consultado artículos en las principales bases de datos seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El síndrome de Cushing es un trastorno hormonal que ocurre cuando el cuerpo está expuesto a niveles elevados de la hormona cortisol durante un período prolongado. El cortisol es una hormona producida por las glándulas suprarrenales, y desempeña un papel fundamental en la regulación de diversas funciones del cuerpo, como el metabolismo, el sistema inmunológico y la respuesta al estrés. En el síndrome de Cushing, los niveles de cortisol son excesivos, lo que puede deberse a varias razones:

- Cushing endógeno: Es causado por una producción excesiva de cortisol dentro del propio cuerpo. La causa más común es un tumor en la glándula pituitaria, que produce una cantidad excesiva de una hormona llamada hormona adrenocorticotropa (ACTH), que a su vez estimula las glándulas suprarrenales para producir más cortisol.
- Cushing exógeno: Se refiere al exceso de cortisol debido a la administración de corticosteroides sintéticos (como la prednisona) por vía oral, tópica, inyectable o

inhalada durante un período prolongado. Esto puede ocurrir como parte de un tratamiento médico para diversas afecciones.

Los síntomas del síndrome de Cushing pueden incluir aumento de peso inusual, especialmente en la parte superior del cuerpo y el rostro (produciendo una apariencia de "cara de luna llena"), debilidad muscular, piel delgada y frágil que se rasga con facilidad, hipertensión arterial, aumento de vello facial y corporal en las mujeres (hirsutismo), trastornos menstruales, diabetes, osteoporosis, entre otros.

El diagnóstico y tratamiento del síndrome de Cushing son esenciales para prevenir complicaciones graves, como enfermedades cardiovasculares, trastornos metabólicos y trastornos psicológicos. El manejo de esta enfermedad suele requerir una colaboración multidisciplinaria entre endocrinólogos, cirujanos y otros profesionales de la salud, y puede incluir cirugía, medicamentos o la reducción gradual de corticosteroides en casos de Cushing exógeno.

El síndrome de Cushing de origen endógeno es una enfermedad poco común, con una prevalencia extremadamente baja, estimándose en menos de 35-40 casos por cada millón de habitantes. La especialidad médica encargada de investigar y tratar esta disfunción es la endocrinología. Esta enfermedad es más frecuente en personas de entre 15 y 60 años, y afecta predominantemente a las mujeres, con una relación de 8 a 1 en comparación con los hombres.

Es importante notar que, aunque el síndrome de Cushing es poco frecuente, muchas de sus manifestaciones iniciales son síntomas comunes en la población en general. Entre estos síntomas, se incluyen la obesidad, que afecta a un porcentaje de hasta el 30% en las mujeres; la hipertensión arterial, que se presenta en aproximadamente el 20-25% de los casos; la diabetes, que se encuentra en alrededor del 4-5% de los pacientes; la osteoporosis, que afecta al 15% de las mujeres posmenopáusicas; los trastornos menstruales, que afectan a aproximadamente el 20-25% de las personas; y la depresión.

En resumen, aunque el síndrome de Cushing es raro, sus síntomas iniciales son bastante comunes en la población general, lo que hace que su diagnóstico pueda ser desafiante y requiera la atención especializada de endocrinólogos para su evaluación y tratamiento adecuados.

Presenta un variado cuadro clínico, con una amplia gama de síntomas y signos que pueden afectar a diferentes sistemas del cuerpo. Estos síntomas pueden desarrollarse lentamente y ser sutiles en las etapas iniciales, lo que a menudo dificulta el diagnóstico temprano.

A continuación, se presentan los principales elementos del cuadro clínico del síndrome de Cushing:

- Aumento de peso inexplicable: Muchas personas con síndrome de Cushing experimentan un aumento de peso significativo, especialmente en el área del abdomen y la parte superior del cuerpo, lo que a menudo se denomina "cara de luna llena".
- Cambios en la apariencia física: Esto incluye piel delgada y frágil que se rasga fácilmente, aparición de estrías rojas o moradas en la piel (estrías), y un aumento en el vello facial y corporal en mujeres (hirsutismo).
- Debilidad muscular y pérdida de masa muscular: Los pacientes pueden notar debilidad en los músculos y una disminución en la masa muscular.
- Hipertensión arterial: La presión arterial alta es una complicación común en el síndrome de Cushing y puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- Cambios en el metabolismo: Pueden desarrollarse diabetes o empeorar los síntomas en personas que ya la padecen debido a la resistencia a la insulina inducida por el cortisol.
- Osteoporosis: La pérdida de densidad ósea es común, lo que aumenta el riesgo de fracturas.
- Trastornos menstruales y cambios en la libido: Las mujeres pueden experimentar ciclos menstruales irregulares o ausentes, y la libido puede disminuir en ambos sexos.
- Problemas psicológicos: Los pacientes pueden sufrir cambios emocionales, como irritabilidad, ansiedad, depresión y dificultades cognitivas.
- Problemas gastrointestinales: Pueden presentarse síntomas como acidez estomacal, aumento del apetito, náuseas y vómitos.
- Fatiga y debilidad generalizada: Los pacientes a menudo se sienten cansados y tienen poca energía.

Es importante destacar que no todos los pacientes con síndrome de Cushing presentan todos estos síntomas, y la severidad de los mismos puede variar. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son fundamentales para abordar esta enfermedad y prevenir complicaciones graves. Si se sospecha la presencia del síndrome de Cushing, se debe buscar atención médica para una evaluación completa y un diagnóstico preciso.

El tratamiento del síndrome de Cushing depende de la causa subyacente de la enfermedad y puede variar según si es de origen endógeno (causado por un problema en el propio cuerpo) o exógeno (debido a la administración de corticosteroides).

Tratamiento del síndrome de Cushing endógeno:

- Cirugía: En la mayoría de los casos, especialmente cuando la causa es un tumor

en la glándula pituitaria (adenoma hipofisario) o en las glándulas suprarrenales, se realiza una cirugía para extirpar el tumor. Esta cirugía puede ser realizada a través de la nariz (cirugía transnasal endoscópica) o mediante una incisión en la parte superior del cráneo (cirugía transcraneal) para los tumores hipofisarios, o a través de cirugía laparoscópica para los tumores suprarrenales. La extirpación del tumor puede llevar a la normalización de los niveles de cortisol y a una mejora en los síntomas.

- Radioterapia: En algunos casos, cuando la cirugía no es suficiente para controlar el exceso de cortisol, se puede utilizar radioterapia para dañar o reducir el tamaño del tumor, especialmente en adenomas pituitarios resistentes.
- Medicamentos: En situaciones donde la cirugía y la radioterapia no son adecuadas o no funcionan, se pueden usar medicamentos para reducir los niveles de cortisol. Estos medicamentos, como el ketoconazol, la mitotano, la pasirerotida y otros, pueden ayudar a controlar los síntomas y reducir los efectos del exceso de cortisol.
- Terapia dirigida: En casos raros y específicos, se pueden utilizar terapias dirigidas a las mutaciones genéticas que causan el síndrome de Cushing en lugar de tratar el tumor en sí.

Tratamiento del síndrome de Cushing exógeno:

- Reducción gradual de corticosteroides: Si el síndrome de Cushing es causado por la administración prolongada de corticosteroides exógenos, el tratamiento implica reducir gradualmente la dosis de estos medicamentos bajo la supervisión de un médico. Esto se hace para que el cuerpo pueda recuperar su producción normal de cortisol.
- Manejo de la enfermedad subyacente: En algunos casos, el tratamiento del síndrome de Cushing exógeno implica abordar la enfermedad o afección médica que requeriría la administración de corticosteroides en primer lugar. Esto puede incluir el control de la inflamación, el tratamiento de enfermedades autoinmunitarias o el manejo de afecciones crónicas.

El tratamiento del síndrome de Cushing es altamente individualizado y requiere una cuidadosa evaluación y seguimiento médico. El objetivo principal es normalizar los niveles de cortisol en el cuerpo y aliviar los síntomas, así como prevenir o tratar las complicaciones asociadas con esta enfermedad. El plan de tratamiento se determina en función de la causa, la gravedad y la respuesta del paciente a las intervenciones terapéuticas.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Cushing es un trastorno complejo y desafiante que impacta significativamente la calidad de vida de quienes lo padecen. Mi conclusión personal es que, aunque esta enfermedad es poco común, su cuadro clínico diverso y sus manifestaciones pueden tener un impacto profundo tanto física como emocionalmente. La lucha contra el exceso de cortisol, ya sea causado por factores endógenos o exógenos, requiere un enfoque multidisciplinario y un cuidadoso equilibrio entre tratamientos médicos, cirugía y atención psicológica.

El diagnóstico temprano y la atención especializada son esenciales para minimizar las complicaciones a largo plazo y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Además, el síndrome de Cushing destaca la importancia de la investigación continua en el campo de la endocrinología y la medicina para comprender mejor sus causas y tratamientos, así como para encontrar enfoques terapéuticos más efectivos.

En última instancia, la empatía y el apoyo a las personas que viven con el síndrome de Cushing son fundamentales, ya que enfrentan desafíos médicos y emocionales únicos en su viaje hacia la recuperación y la estabilidad.

6 Bibliografía

1. Sánchez, Luis Felipe Pallardo; Azpiroz, Mónica Marazuela; Morante, Tomás Lucas; Loscos, Adela Rovira (21 de diciembre de 2009). Endocrinología clínica. Ediciones Díaz de Santos. ISBN 978-84-7978-930-5.
2. Lahera Vargas, Marcos; da Costa, César Varela (1 de enero de 2009). «Prevalencia, etiología y cuadro clínico del síndrome de Cushing». Endocrinología y Nutrición 56 (1): 32-39. ISSN 1575-0922

Capítulo 13

LA INSENSIBILIDAD CONGÉNITA AL DOLOR

JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ

FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ

CARMEN MORENO

ANDREA GARCÍA

ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ

1 Introducción

La insensibilidad congénita al dolor (ICD) es un trastorno médico extremadamente raro y poco comprendido que desafía nuestra percepción fundamental del dolor. A diferencia de la mayoría de las personas que experimentan dolor como una señal de advertencia ante lesiones o enfermedades, aquellos con ICD no pueden sentir dolor de ninguna forma. Este trastorno, también conocido como insensibilidad congénita al dolor con anhidrosis (CIPA), se debe a mutaciones genéticas que afectan la capacidad del cuerpo para transmitir las señales de dolor.

La ICD es un fenómeno intrigante que plantea preguntas profundas sobre cómo nuestro sistema nervioso percibe y procesa el dolor. A pesar de su rareza, esta condición ha despertado un interés significativo en la comunidad médica y científica debido a sus implicaciones únicas para la investigación del dolor y la neurobiología.

En esta exploración de la ICD, profundizaremos en sus causas genéticas, los síntomas que presenta, su diagnóstico, tratamientos y el desafío que representa para quienes la padecen y sus cuidadores. A medida que desentrañamos los misterios de la insensibilidad congénita al dolor, nos adentramos en un territorio fascinante y complejo en el que la ciencia y la experiencia humana se entrelazan en una búsqueda por entender lo que significa sentir y no sentir el dolor.

2 Objetivos

Conocer qué es la insensibilidad congénita al dolor, sus causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento.

Conocer los desafíos que presenta 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

La insensibilidad congénita al dolor (ICD) es un trastorno extremadamente raro y peligroso que afecta la capacidad de una persona para sentir dolor. También se conoce como insensibilidad congénita al dolor con anhidrosis (CIPA) o síndrome de Riley-Day. En este artículo, exploraremos en detalle este trastorno, sus causas, síntomas, diagnóstico, tratamiento y los desafíos asociados.

Causas de la insensibilidad congénita al dolor:

La ICD es una enfermedad genética que se hereda de manera autosómica recesiva, lo que significa que ambos padres deben portar una copia del gen mutado para que su descendencia desarrolle la enfermedad. La causa subyacente de la ICD está relacionada con mutaciones en el gen SCN9A, que codifica un canal de sodio en las neuronas sensoriales llamado Nav1.7. Este canal es esencial para la transmisión de señales de dolor.

Las mutaciones en el gen SCN9A impiden que el canal de sodio funcione correctamente, lo que conduce a una insensibilidad casi completa al dolor en las personas afectadas. Además, las mutaciones en otros genes pueden estar asociadas con la falta de sudoración (anhidrosis) en individuos con ICD.

Síntomas de la insensibilidad congénita al dolor:

Los síntomas de la ICD son evidentes desde una edad temprana. Los pacientes con ICD pueden:

No sentir dolor: la característica más sobresaliente de la ICD es la incapacidad de sentir dolor, incluso en situaciones que normalmente serían extremadamente dolorosas, como fracturas óseas o quemaduras.

Anhidrosis: la falta de sudoración es otro síntoma común de la ICD. Los pacientes tienen dificultades para regular su temperatura corporal y corren el riesgo de sobrecalentamiento.

Lesiones recurrentes: debido a la incapacidad para sentir dolor, las personas con ICD a menudo se lesionan sin darse cuenta. Pueden sufrir heridas graves sin notarlas y, en consecuencia, no buscar atención médica.

Problemas dentales: los pacientes con ICD pueden tener problemas dentales, ya que no sienten el dolor de las caries u otras afecciones bucales.

Problemas gastrointestinales: también pueden presentar problemas gastrointestinales, como obstrucciones intestinales, sin sentir dolor.

Retraso en el desarrollo motor: los niños con ICD pueden experimentar un retraso en el desarrollo motor, puesto que no sienten el dolor que normalmente guía su comportamiento y evita lesiones.

Diagnóstico de la insensibilidad congénita al dolor:

El diagnóstico de la ICD a menudo se retrasa debido a su rareza y a la falta de conciencia sobre la enfermedad. Los médicos pueden realizar pruebas genéticas para identificar mutaciones en el gen SCN9A. Además, se pueden realizar pruebas para evaluar la respuesta del paciente al dolor, como el pinchazo o la inmersión en agua caliente.

El diagnóstico temprano es fundamental para brindar un cuidado adecuado y minimizar el riesgo de lesiones graves. Sin embargo, la falta de conciencia sobre la ICD a veces puede retrasar el diagnóstico hasta que ocurra una lesión signi-

ficativa.

Tratamiento de la insensibilidad congénita al dolor:

Es importante destacar que no existe un tratamiento curativo para la ICD. La atención se centra en la prevención de lesiones y complicaciones. Los pacientes y sus familias deben ser educados sobre los riesgos asociados con la incapacidad para sentir dolor y tomar medidas especiales para protegerse. Esto puede incluir evitar actividades peligrosas, usar ropa adecuada para mantener una temperatura corporal segura y realizar exámenes médicos regulares.

Además, en caso de lesiones o problemas médicos, los pacientes con ICD deben ser evaluados de manera oportuna por un equipo médico experimentado en el manejo de esta condición. La prevención de complicaciones y el tratamiento de las lesiones son esenciales para mantener la salud y la calidad de vida de los pacientes.

Desafíos de la insensibilidad congénita al dolor:

La ICD presenta desafíos significativos tanto para aquellos que la padecen como para sus cuidadores. Algunos de los desafíos más importantes incluyen:

Riesgo de lesiones graves: la incapacidad para sentir dolor aumenta significativamente el riesgo de lesiones graves. Los pacientes pueden sufrir fracturas, quemaduras, cortes profundos y otras heridas sin darse cuenta.

Falta de conciencia: la ICD es una enfermedad extremadamente rara, lo que a menudo conduce a la falta de conciencia y comprensión tanto por parte de la comunidad médica como del público en general. Esto puede dificultar el diagnóstico temprano y el acceso a la atención adecuada.

Problemas de temperatura corporal: la anhidrosis, o falta de sudoración, puede hacer que los pacientes sean vulnerables a la hipertermia (sobrecalentamiento), especialmente en climas cálidos. Esto requiere una atención especial y precauciones.

Dificultades emocionales: las personas con ICD a menudo enfrentan desafíos emocionales debido a su condición. Pueden sentirse excluidas o diferentes de sus pares y enfrentar preocupaciones sobre su seguridad y bienestar.

Necesidad de educación continua: tanto los pacientes como sus familias deben recibir educación continua sobre cómo manejar la ICD y prevenir lesiones. Esto es esencial para garantizar la seguridad y el bienestar a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

La insensibilidad congénita al dolor (ICD) es un tema fascinante y conmovedor que desafía nuestras percepciones convencionales del dolor y la experiencia humana. A lo largo de esta exploración, he llegado a comprender que la ICD, aunque rara y poco comprendida, arroja luz sobre la complejidad del sistema nervioso y la forma en que nuestro cuerpo percibe y procesa el dolor.

La ICD presenta desafíos extraordinarios para quienes la padecen y sus familias, ya que la ausencia de dolor puede llevar a lesiones graves y complicaciones médicas. Esta condición nos recuerda que el dolor, en su esencia, es una función crucial para nuestra supervivencia, una señal de advertencia que nos alerta sobre peligros y nos motiva a tomar medidas para protegernos.

A nivel científico, la investigación en torno a la ICD es esencial para comprender los mecanismos subyacentes del dolor y podría tener implicaciones para el desarrollo de terapias más efectivas en el futuro. Además, esta condición resalta la importancia de la empatía y la comprensión en la atención médica, ya que las personas con ICD requieren una atención especializada y una educación constante sobre la prevención de lesiones.

En última instancia, la insensibilidad congénita al dolor es un recordatorio de la diversidad y la complejidad de la experiencia humana. Nos muestra que, aunque el dolor puede ser abrumador en muchas circunstancias, también es esencial para nuestra salud y bienestar. A través de la investigación continua y la conciencia, podemos esperar avanzar en nuestra comprensión de esta rara condición y, al mismo tiempo, desarrollar una mayor apreciación por la función fundamental que cumple el dolor en nuestras vidas.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. L. Vicente-Fatela y M. S. Acedo: Trastorno de la reactividad al dolor.
5. <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-conoce-insensibilidad-dolor-er-no-siente-dolor-20210228082935.html>.

Capítulo 14

SINDROME DE RETT

JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ

FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ

CARMEN MORENO

ANDREA GARCÍA

ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ

1 Introducción

El síndrome de Rett es un trastorno neurológico que impacta profundamente en la vida de quienes lo padecen, así como en sus seres queridos y cuidadores. A pesar de ser una enfermedad rara, su complejidad y el alcance de sus efectos la convierten en un tema de gran importancia y atención médica.

Este síndrome, identificado por primera vez por el médico austriaco Andreas Rett en 1966, se caracteriza por una progresiva pérdida de habilidades motoras y cognitivas en niñas. Lo que comienza como un desarrollo aparentemente normal en la infancia se convierte en un desafío emocional y físico a medida que las habilidades previamente adquiridas comienzan a desvanecerse.

El síndrome de Rett se manifiesta a través de una serie de síntomas, que incluyen la pérdida de la capacidad de hablar, movimientos repetitivos de las manos, problemas respiratorios, trastornos del sueño y, en muchos casos, crisis epilépticas. Esta combinación de síntomas crea un panorama complejo que requiere una atención médica y de cuidado especializado.

Aunque no existe una cura conocida para el síndrome de Rett, se han desarrollado enfoques terapéuticos para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. El diagnóstico temprano y un manejo adecuado de los síntomas son fundamentales para brindar el mejor apoyo posible a los individuos y sus familias.

El síndrome de Rett es un recordatorio de la importancia de la investigación médica y genética en la comprensión y abordaje de las enfermedades raras. También es una historia de valentía y resiliencia, donde las familias y cuidadores enfrentan desafíos significativos con amor y dedicación. A través de la conciencia y la colaboración médica, podemos avanzar hacia un futuro donde las personas con síndrome de Rett encuentren un mayor entendimiento, apoyo y esperanza.

2 Objetivos

Analizar qué es exactamente esta enfermedad, sus síntomas al igual que su evolución, diagnóstico, expectativa de vida y tratamientos actuales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha 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

El síndrome de Rett es un trastorno neurológico raro que afecta principalmente a las niñas y tiene un profundo impacto en su desarrollo y calidad de vida. Fue descubierto por el pediatra austriaco Andreas Rett en 1966 y desde entonces ha sido objeto de una creciente atención médica y científica. En esta explicación detallada, exploraremos en profundidad el síndrome de Rett, incluyendo su causa, síntomas, diagnóstico, tratamiento y el impacto en las personas afectadas y sus familias.

Causa del Síndrome de Rett:

El síndrome de Rett se debe a una mutación genética en el gen MECP2, que se encuentra en el cromosoma X. Dado que las niñas tienen dos cromosomas X (XX)

y los niños tienen un X y un cromosoma Y (XY), esta mutación suele afectar predominantemente a las niñas. Las niñas que heredan una copia mutada del gen MECP2 en uno de sus cromosomas X desarrollarán el síndrome de Rett, mientras que los niños con una mutación en su único cromosoma X generalmente no sobreviven debido a que los varones solo tienen un cromosoma X.

La función exacta del gen MECP2 aún se está investigando, pero se cree que desempeña un papel fundamental en el desarrollo y la maduración de las células nerviosas, especialmente en el cerebro.

Síntomas del Síndrome de Rett:

El síndrome de Rett se manifiesta a través de una serie de síntomas que evolucionan a lo largo del tiempo. Estos síntomas suelen aparecer después de los 6 meses de edad, cuando los niños afectados comienzan a perder habilidades previamente adquiridas. Algunos de los síntomas más característicos incluyen:

Pérdida de habilidades motoras: Las niñas afectadas experimentan una pérdida progresiva de la capacidad de usar sus manos de manera hábil. Pueden desarrollar movimientos repetitivos de las manos, como retorcer, frotar o golpear.

Problemas de comunicación: El habla se ve gravemente afectado, y las niñas con síndrome de Rett a menudo pierden la capacidad de hablar. En su lugar, pueden usar gestos, comunicación no verbal o sistemas de comunicación alternativa.

Problemas respiratorios: Muchas personas con síndrome de Rett tienen episodios de hiperventilación seguidos de apnea, lo que significa que dejan de respirar brevemente. Esto puede ser un síntoma preocupante y requiere una atención médica adecuada.

Trastornos del sueño: El sueño irregular es común en el síndrome de Rett, lo que puede afectar tanto a la persona afectada como a sus cuidadores.

Crisis epilépticas: Aproximadamente el 80% de las personas con síndrome de Rett experimentan crisis epilépticas en algún momento de sus vidas. Estas convulsiones pueden variar en gravedad y deben ser tratadas adecuadamente.

Es importante destacar que los síntomas pueden variar considerablemente de una persona a otra, y algunos individuos con síndrome de Rett pueden experimentar síntomas adicionales o diferentes.

Evolución y Fases del Síndrome de Rett:

El síndrome de Rett se caracteriza por una serie de fases que evolucionan a lo largo del tiempo. Estas fases incluyen:

Fase temprana de desarrollo: En esta etapa, los bebés con síndrome de Rett parecen desarrollarse normalmente durante los primeros meses de vida.

Fase de regresión: A partir de los 6 a 18 meses de edad, se produce una pérdida gradual de habilidades motoras y cognitivas previamente adquiridas. Esta regresión es uno de los rasgos más característicos del síndrome de Rett.

Fase de meseta: Después de la regresión, las niñas suelen entrar en una fase de meseta, que puede durar años. En esta etapa, los síntomas se estabilizan y es menos probable que empeoren.

Fase de deterioro tardío: En esta fase, que suele comenzar en la adolescencia, las habilidades motoras pueden volver a deteriorarse. Las personas afectadas pueden volverse menos móviles y más dependientes de los cuidadores.

Diagnóstico del Síndrome de Rett:

El diagnóstico del síndrome de Rett se basa en la observación de los síntomas clínicos y la realización de pruebas genéticas para detectar la mutación en el gen MECP2. Es importante que el diagnóstico se realice por un profesional de la salud experimentado en trastornos neurológicos y genéticos, ya que los síntomas pueden ser similares a los de otras condiciones.

Tratamiento y Manejo:

Actualmente, no existe una cura para el síndrome de Rett, pero el tratamiento se enfoca en mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Esto incluye:

Terapia física y ocupacional: Estas terapias pueden ayudar a mantener la movilidad y mejorar las habilidades motoras.

Terapia del habla y comunicación: Se utilizan técnicas y dispositivos de comunicación alternativa para ayudar a las personas con síndrome de Rett a comunicarse.

Manejo de las crisis epilépticas: Si se presentan convulsiones, se pueden recetar medicamentos antiepilépticos.

Atención médica y de cuidado: El monitoreo de la salud es esencial para abordar problemas respiratorios y otros problemas médicos asociados.

Expectativa de Vida:

La expectativa de vida de las personas con síndrome de Rett puede variar, pero en general, es posible que tengan una vida más corta en comparación con la población general debido a complicaciones médicas asociadas. Sin embargo, algunas personas con síndrome de Rett pueden vivir hasta la edad adulta, y las intervenciones tempranas y el cuidado adecuado pueden mejorar la calidad de vida y la longevidad.

Investigación y Futuro:

La investigación sobre el síndrome de Rett sigue siendo activa. Se están explorando enfoques terapéuticos y genéticos para mejorar la comprensión de la enfermedad y desarrollar

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Rett, siendo objetivo, destaca la necesidad de abordar los desafíos de las enfermedades raras desde una perspectiva médica y social. Si bien es una condición genética compleja y poco común, sus implicaciones en la calidad de vida son significativas.

La investigación científica es fundamental para comprender mejor el síndrome de Rett y desarrollar tratamientos más efectivos, lo que resalta la importancia de la inversión en investigación médica y genética.

Además, este síndrome nos recuerda la resiliencia humana y la importancia de la empatía. Las personas afectadas por el síndrome de Rett y sus familias a menudo demuestran una admirable capacidad para adaptarse y encontrar alegría en la vida diaria.

En última instancia, el síndrome de Rett subraya la necesidad de crear comunidades de apoyo sólidas y de promover la inclusión de personas con discapacidades en la sociedad. A través de la conciencia pública y la colaboración médica y social, podemos mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y trabajar hacia un mundo más comprensivo y solidario.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/rett-syndrome/symptoms-causes/syc-20377227>.

2. <https://rett.es/sindrome-de-rett/>.

Capítulo 15

EL VÉRTIGO EN LA TERCERA EDAD

FRANK ERNESTO RODRIGUEZ FREYRE

NURIA SANCHEZ GARRIGOS

1 Introducción

El vértigo siempre es desencadenado por causas multifactoriales, haciéndose evidente que la edad afecta a las entradas sensoriales y a la capacidad del sistema músculo-esquelético y del sistema nervioso central (SNC) para realizar una integración sensoriomotora.

Los vértigos seniles patológicos provienen de una combinación de la evolución de la edad y de la involución del sistema vestibular junto con la de otros sistemas, ejemplo de ello son la insuficiencia vertebro-basilar, las diversas alteraciones osteoarticulares, la hipertensión arterial y la arteriosclerosis.

Las alteraciones vestibulares bilaterales son comunes en los ancianos, siendo una de sus posibles causas, la terapia antibiótica derivada de una infección. Encontrar cambios somatosensoriales con la edad complica la recuperación de la pérdida vestibular bilateral.

El envejecimiento afecta al oído interno, particularmente, manifestándose por una tríada compuesta por presbiacusia, presbitinnitus y presbivértigo, originando con ello las alteraciones en el espacio y el equilibrio que aparecen en el anciano sano como consecuencia de la involución vestibular.

El presbivértigo se manifiesta como un vértigo breve o inestabilidad a la marcha y puede adoptar una de las 3 variantes:

- Cupulolitiasis o vértigo posicional paroxístico benigno. Es el cuadro más frecuente en el anciano y se diagnostica con la aparición de crisis de vértigo al mover la cabeza en distintas posiciones.

- Desequilibrio ampular. Está determinado por episodios cortos de vértigo al realizar movimientos angulares, se asocia a la degeneración de las cúpulas.
- Desequilibrio macular. Se expresa por episodios breves de vértigo al cambiar de posición, se asocia a presbiacusia.

2 Objetivos

Entender, prevenir y tratar algunos de los problemas clínicos que más influyen en los pacientes ancianos, en especial aquellos aspectos relacionados con el desempeño de las actividades de la vida diaria en cuanto al vértigo y el desequilibrio se refiere.

Afrontar el miedo a caerse, lo que afecta a la independencia y calidad de vida.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 protocolos utilizados en la valoración son la escala de equilibrio de Berg, el test funcional y el test de Romberg, que ayudan a los profesionales sanitarios de Atención Primaria a determinar que tipo de movimientos funcionales son más difíciles para el paciente.

En la disfunción vestibular, el paciente se mueve dentro/fuera del centro de gravedad, en cambio, en la disfunción del SNC el paciente una vez fuera del centro de gravedad no puede regresar a él.

Se ha visto que no hay alteraciones estáticas como las del síndrome vertiginoso, pero sí alteraciones dinámicas, ya que la deficiencia funcional es simétrica, afectando por igual a la actividad espontánea bilateral.

Como consecuencia, no existe vértigo, pero sí desequilibrio postural estático.

Con rehabilitación, el SNC desarrolla mecanismos que mejoran la estabilidad tanto ocular como la postural al sustituir con diversas estrategias visuales y propioceptivas las funciones vestibulares perdidas.

Los mecanismos encargados de reparar el déficit funcional producido por la hipofunción del reflejo vestibuloespinal tienen, por meta, mejorar la estabilidad funcional mediante estrategias visuales y propioceptivas que sustituyen la función vestibulo-espinal.

Por ello se hace indispensable en entrenamiento sobre una superficie inestable que contribuye no solamente al uso de entradas visuales y vestibulares, sino también al uso de la estrategia de cadera, potenciación de extremidades inferiores e incremento del control motor sobre el tipo de superficie.

El entrenamiento en colchoneta con ojos cerrados o movimientos de la cabeza, incrementa el uso de entradas somatosensoriales.

Para forzar un sistema sensorial, los otros sistemas deben de ser colocados en desventaja para forzar a confiar en el sistema objetivado.

El entrenamiento con ojos cerrados coloca la visión en desventaja y fuerza el uso de entradas somatosensoriales y vestibulares.

5 Discusión-Conclusión

Por tanto, los mecanismos utilizados incluyen ejercicios sádicos y movimientos oculares de búsqueda.

Los pacientes confían en un principio en señales visuales como sustituto de la hipofunción vestibular, pero con el tiempo confían más en señales somatosensoriales.

Para estimular las entradas somatosensoriales, la visión se coloca en desventaja, mientras proporcionamos confianza con superficies estables.

La visión puede desestabilizarse durante movimientos de cabeza y ojos.

Para estimular las entradas visuales proporcionamos señales visuales estables mientras el sistema somatosensorial se desestabiliza con colchonetas.

Para estimular el uso de entradas vestibulares, se colocan los sistemas visuales y somatosensoriales en desventaja.

La reducción de la agudeza visual es frecuente con la edad, con déficit de visión focal: disminución de la agudeza visual, déficit de percepción profunda que provocan un incremento en la oscilación postural.

Los ancianos tienen dificultad de percibir su movimiento con referencia al espacio exterior, al mismo tiempo dificultad para percibir el movimiento de objetos.

6 Bibliografía

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

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Manchester Visual, vestibular and somato sensor y contributions to balance control in the older adult. J Gerontology 2019.
5. Nardone A. Postural coordination in elderly subjects standing on a periodically moving platform. Arch Phys Med Rehabil 2020.
6. Vestibular Disorders Association. Balancing Act: For people with dizziness and balance disorders. 2022.

Capítulo 16

CASO CLÍNICO DE ESTENOSIS DE CARÓTIDA INTERNA

ANA ESTIBALIZ ARMIJO PRADALES

1 Introducción

La estenosis arterial carotídea, es una probable causa de enfermedad cardiovascular (ECV), que puede ocasionar lesiones cerebrales y/o pérdida de funciones sensoriales. Es por ello, que una intervención quirúrgica puede estar indicada en situaciones de estenosis o sintomatología del paciente. Como toda intervención, por un lado habrá una necesidad de formación y educación al paciente, para una pronta recuperación y para alentar unos estilos de vida que dificulten la reaparición de esta u otras patologías asociadas.

Los pacientes que son sometidos a este tipo de cirugía suelen tener una evolución favorable si no se presenta ninguna de las complicaciones propias de este tipo de patología o de la propia operación, por lo tanto, es normal que al cabo de 2-3 días el paciente se vaya de alta y que los cuidados que precisen las heridas se lleven a cabo en su centro de salud. Por esa probable alta precisamente, es importante que el paciente maneje una serie de conocimientos, para evitar exacerbaciones o complicaciones en un futuro y eliminar factores de riesgo para su salud.

Mediante la exposición de este caso clínico se pretende valorar las necesidades, problemas y posibles abordajes desde el punto de vista enfermero, en el cual se describe el caso de un paciente que es ingresado e intervenido por dicha patología. Enfatizando mucho en los cuidados post-quirúrgicos a fin de mejorar su calidad de vida y disminuir el riesgo de recidiva.

2 Objetivos

- Describir un caso clínico de interés para el abordaje de un paciente con estenosis de carótida interna.
- Valorar y enumerar los problemas prioritarios de este caso clínico.
- Conocer qué abordajes de enfermería necesita este paciente, desde el punto de vista de la educación para la salud.

3 Caso clínico

Varón de 55 años, es derivado desde su médico de cabecera a urgencias por motivo de los síntomas descritos por el paciente en su consulta: En el último año, el paciente ha tenido varios episodios de oscurecimiento del campo visual en el ojo izquierdo, con déficit altitudinal ocasionalmente y en otras ocasiones pérdida de visión total. Al cabo de unos minutos su recuperación es completa. No obstante, las últimas semanas previas a la consulta el paciente refiere que los episodios se daban con mayor frecuencia (hasta 4 veces por día) y que le costaba unos 14 minutos recuperarla. No presentaba cefalea con estos síntomas, si misodesopsias que describe como “una nube de mosquitos” limitada al ojo izquierdo (OI). En el servicio de urgencias se le realizó una tomografía axial computarizada (TAC), con resultados normales y se derivó a consulta de neurología para su estudio.

El paciente no tiene alergias conocidas actualmente, no presenta diabetes mellitus (DM) ni hipertensión arterial (HTA), así como tampoco bronco o cardiopatías conocidas. Tuvo un episodio de gota recientemente, y presenta hiperuricemia. Intervenido de hernia inguinal, no es fumador y es un bebedor ocasional. Su padre falleció con 86 años y su madre presenta patología intestinal.

En la unidad de neurología se descubre la presencia de un soplo carotideo izquierdo, y se le realizan analíticas: con hemograma, coagulación y bioquímica normal y electrocardiograma (ECG): Ritmo sinusal y alteraciones inespecíficas de la repolarización. Después de realizar un Doppler Transcraneal se descubre presencia de estenosis de arteria carótida interna (ACI) se deriva a la Unidad de Ictus.

Allí se realiza una exploración física completa, en la que se determina un buen estado general. Se le realiza un eco TSA (tronco supraaórtico) en la que se determina una estenosis severa en la arteria carótida interna Izquierda, de un 80-95% y estenosis de menos del 50% en la carótida interna derecha. Las arterias vertebrales se encuentran permeables y la reserva vascular es adecuada. En consulta de oftalmología no se advierten alteraciones significativas.

El 21/11/13 se realiza interconsulta con anestesia y cirugía vascular para considerar intervención quirúrgica. El 22/11/13 el paciente tiene un nuevo episodio de visión de “moscas cayendo” por lo que se determina que es candidato a cirugía y se programa endarterectomía con juicio clínico de Amaurosis Fugax en ojo izquierdo secundario a estenosis crítica carotídea izquierda para el 9/12/13.

Ese día se opera al paciente bajo anestesia general de endarterectomía carotídea izquierda. Con cierre mediante sutura directa de incisión en el borde anterior del esternocleidomastoideo (utilización de hilo en herida interna y grapas en la externa). Heparinización sistémica, colocación de Redon, hemodinámicamente estable y sin déficit neurológico en el postoperatorio. Pasa 18h en unidad de reanimación postanestésica (URPA) sin complicaciones y sube a planta de cardiovascular el 10/12/13, donde el paciente se presenta:

Hemodinámicamente estable, no hipotensión con tensión arterial (TA): 110/60mmHg, frecuencia cardíaca (FC): 60 lpm, saturación de oxígeno (Sat. O2): 93%, movilidad de la columna cervical normal, movilidad de la mandíbula normal, auscultación cardíaca y pulmonar sin hallazgos significativos, no déficits neurológicos, diuresis de 2-3 ml/kg/h con balance negativo (1215ml), no dolor con pauta analgésica M1, Redón con drenaje de aspecto hemático 20ml sin variar desde ayer y apósitos limpios. Presenta todos los pulsos. Tª: 35,8°C.

El paciente ingresado tiene pautado Adiro 100mg una vez al día, Atorvastatina 80mg una vez/día, Omeprazol 20mg 1 comprimido/día y Alopurinol 300mg un comprimido/día. Vía obturada.

4 Discusión-Conclusión

El abordaje de un paciente con enfermedad de carácter crónico, en el proceso de sintomatología aguda, se limita muchas veces a tratamientos médico-quirúrgicos. La estenosis de carótida, es una enfermedad vascular que puede deberse a muchos factores, pero es frecuente que tenga un claro factor de hábitos de vida poco saludables asociados a necesidad de cirugía por obstrucción severa.

El profesional de enfermería abarca muchas áreas, y en el abordaje durante el ingreso de un paciente como el descrito en este caso clínico, la labor asistencial de un personal sanitario que conoce la patología, los síntomas, las complicaciones, sabe la intervención realizada y los cuidados y técnicas precisas para la recuperación es imprescindible.

Sin embargo, el periodo de ingreso, también da pie a poder desarrollar una labor de educación para la salud, de tal manera que al alta el paciente puede seguir con

la modificación de hábitos de vida a fin de acelerar y prolongar la recuperación.

5 Bibliografía

1. Amerisoa S, Romano M. Manejo de la estenosis carotídea severa asintomática. *Neurología Argentina*, 2010;2(4): 247-249.
2. T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru y Camila Takáo Lopes, Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023, 12.^a ed.
3. Mostaza JM et al. Estándares SEA 2022 para el control global del riesgo cardiovascular. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 2021;34(3): 130-179.

Capítulo 17

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON MUCOSITIS ORAL EN UN CENTRO HOSPITALARIO

ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC

TAMARA VILLANUEVA RODRIGO

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 la mucositis oral abordada desde 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

Los cuidados de enfermería se centralizarán en consejos higiénico dietéticos para conseguir el objetivo de aliviar la sintomatología de la inflamación, así como su prevención y el fomento del autocuidado destacando entre otras las siguientes recomendaciones:

☒ Informar a los pacientes sobre los diversos efectos de los tratamientos citostáticos sobre la mucosa oral. Generalmente aparecen a los 7-14 días del inicio del tratamiento y pueden durar hasta 2-3 semanas.

☒ Educar al paciente para realizar exámenes bucales cada día, así como la detección de signos y síntomas precoces como rojez, ardor, hinchazón de la lengua, dificultad para deglutir...

☒ Aconsejar retirar las prótesis dentales y utilizarlas solo para las comidas.

- ☒ Vigilar los cambios en la deglución, el gusto, la comodidad y la calidad de la voz.
- ☒ Mantener un aporte nutricional adecuado, recomendando el consumo de alimentos ricos en proteínas.
- ☒ Conservar una buena hidratación de la mucosa oral a través de una ingesta hídrica adecuada.
- ☒ Fomentar el empleo de enjuagues para la limpieza de la mucosa de modo preventivo, excepto aquellos que contengan alcohol. Pueden emplear manzanilla, agua oxigenada o aguaada bicarbonatada.
- ☒ Desaconsejar el consumo de irritantes como el alcohol y el tabaco, ya que agravan la patología.
- ☒ Evitar alimentos calientes o muy sazonados.
- ☒ No consumir alimentos secos como frutos secos o pan, o aquellos que requieran masticar mucho.
- ☒ Humidificar los labios empleando vaselina.
- ☒ Utilizar hilo dental gradualmente una vez al día.
- ☒ Emplear medidas farmacológicas si fuera necesario, tales como anestésicos tópicos o analgésicos por vía oral.

Por otro lado, debemos tener en cuenta y no olvidarnos de realizar una valoración empática, así como holística de manera individualizada a cada paciente, para detectar posibles problemas relacionados con el proceso oncológico que ha originado la mucositis oral.

5 Discusión-Conclusión

Como derivación de la toxicidad de los tratamientos antineoplásicos, pueden aparecer efectos secundarios tales como la mucositis oral. Dicha inflamación puede presentar una clínica muy variada, relacionada con una disminución en la calidad de vida del paciente que lo padece. Por este motivo, plantearemos una serie de medidas higiénico-dietéticas para fomentar el autocuidado de la mucosa oral tales como el empleo de enjuagues sin alcohol.

Como se ha demostrado, el papel de la enfermería es esencial, tanto para prevenir como para promover la salud, realizando planes de cuidados basados en la evidencia científica que garanticen una mejora de la calidad de vida.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.

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

Capítulo 18

EL DRENAJE TORÁCICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC

TAMARA VILLANUEVA RODRIGO

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

Describir cuáles son los cuidados que proporciona el personal de enfermería al paciente con drenaje torácico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva realizando revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica existente.

También se ha hecho una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.

4 Resultados

Se debe preparar al paciente antes de realizar el drenaje torácico, esta preparación se refiere a evaluar el estado del paciente colocándole un monitor que marque sus signos vitales, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y muy importante la saturación de oxígeno.

No debe faltar la observación de color de la piel, las mucosas y evaluar el dolor torácico además de la sudoración, ansiedad, estrés, miedo... para ello se debe explicar de una manera concisa y clara el procedimiento que se le va a realizar dentro de lo posible.

Por parte de enfermería existen una serie de cuidados como pueden ser:

Hay que controlar el apósito y observar que no esté manchado. En el caso de que el apósito se encuentre manchado, habría que sustituirlo por otro nuevo.

Habría que comprobar que el tubo del tórax esta correcto y no se encuentra acodado o doblado.

Comprobar que el tubo que hace de conexión entre el tubo torácico y el tubo de drenaje está en perfecto estado. En todo momento ha de estar libre de líquidos o coágulos.

Comprobar que el tubo de drenaje se encuentre en posición vertical y siempre por debajo del tórax del paciente.

Concienciar al paciente de que tiene que realizar correctamente los ejercicios pautados de fisioterapia respiratoria.

Vigilar si hay o no fluctuaciones en la cámara sello de agua y también si hay burbujeo en ella.

Anotar y registrar todo lo relacionado al drenaje torácico como por ejemplo la fluctuación del sello de agua y burbujeo, llevar una cuenta de la cantidad que se ha drenado, etc. Siempre que se supere la cantidad de 150ml hay que avisar al médico.

Cuidados diarios evitando que se desconecte el tubo. En ningún caso pinzarlo.

Cuando sea necesario cambiar el apósito se debe limpiar la zona con suero fisiológico o povidona yodada si no es alérgico usando un campo estéril.

Dieta rica en fibra y aumentar la cantidad de líquidos a tomar. Incluso la toma de laxantes para evitar los esfuerzos al defecar así como el estreñimiento

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes susceptibles de realizarles un drenaje torácico necesitan una serie de cuidados y técnicas muy necesarias por parte del equipo enfermero. Para ellos se deben tener la formación y conocimientos sobre el drenaje torácico para proporcionar al paciente una cuidados de calidad, debido a que esta técnica cada vez es más frecuente en concreto los sistemas cerrados desechables ya que son más seguros para el paciente y son más manejables.

Una vez introducido el tubo de drenaje torácico el paciente requiere unos cuidados que deben ser proporcionado por enfermería para así evitar posibles complicaciones como puede ser el enfisema subcutáneo por la salida accidental del drenaje, la obstrucción del mismo o las infecciones, o el posible estreñimiento por paresia intestinal.

6 Bibliografía

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

Capítulo 19

FUNCIONES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE LYME

ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC

TAMARA VILLANUEVA RODRIGO

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

-Describir la actuación de enfermería ante casos de enfermedad de Lyme.

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 se da algún caso de esta enfermedad, es obligatorio notificarlo. En España es difícil de saber la incidencia que tiene esta enfermedad. En España, las comunidades autónomas que mayor tasa de incidencia tienen son Asturias y la rioja. Por otro lado, a nivel provincial Lugo es quien tiene la tasa de incidencia más alta.

Se puede decir que un 80% aproximadamente de las personas que se infectan con esta enfermedad los síntomas que desarrollan es una lesión cutánea que se llama eritema migratorio. Este eritema se produce al diseminarse la espiroqueta de forma centrifuga en la piel desde el lugar donde se enclavó la garrapata.

Si no se trata a tiempo esta enfermedad, los síntomas pueden ir a más provocando la pérdida de capacidad de poder mover algún lado de la cara, dolores articulares, rigidez en el cuello, palpitaciones en el corazón entre muchas otras.

Esta enfermedad tiene varias etapas de desarrollo y no siempre se cumplen de manera consecutiva y no siempre el paciente tiene los síntomas asociados a cada etapa.

Etapa inicial: corresponde con el tiempo de incubación y va desde los 3 días hasta los 32. Aparece el eritema migratorio pero no se desarrolla en todos los pacientes.

Etapa temprana diseminada: la incubación son varios meses. En esta etapa aparecen síntomas como parálisis facial, carditis, bloqueo cardíaco, entre muchas otras.

Etapa tardía: la incubación es de meses o años. La manifestación clínica más común es la monoartritis. Para el diagnóstico se pueden usar métodos tanto directos como indirectos.

El tratamiento se indicará siempre que haya un antecedente de picadura de garrapata y que aparezca un eritema migratorio.

Para el tratamiento de esta enfermedad se emplean antibióticos. Cuanto antes se trate la enfermedad, mejor oportunidad hay de recuperarse por completo.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver en este trabajo, la enfermedad de Lyme es transmitida por una garrapata hacia los humanos. Para que puedan transmitirla tienen que estar adheridas a nosotros como mínimo 36 horas.

La bacteria que causa esta enfermedad se llama *Borrelia burgdorferi*.

Esta enfermedad se desarrolla en varias etapas y si no se trata a tiempo puede producir graves problemas para la salud llegando a provocar la muerte.

El síntoma más evidente para diagnosticarla es la aparición de un eritema crónico migratorio en la zona donde la garrapata estuvo adherida.

Es importante recordar que en algunos pacientes durante el principio de la enfermedad puede no detectarse debido a que se dan falsos negativos en las pruebas.

Es muy recomendable usar medidas de prevención para la picadura de estas garrapatas como es el uso de repelentes como la permetrina complementando con una vestimenta adecuada.

6 Bibliografía

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

Capítulo 20

CUIDANDO AL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) Y OTRAS PATOLOGÍAS

JUAN GARCÍA GALÁN

ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ

ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ

LAURA BALLESTEROS JEREZ

PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por una disminución progresiva del flujo aéreo poco reversible. Se trata de una enfermedad infradiagnosticada, con una elevada morbilidad (1).

Es progresiva y engloba el enfisema, la bronquitis y el asma crónicos. Puede presentar episodios agudos en los que se acentúan los síntomas, en nuestro caso son la disnea e hipercapnia, entre otros. Entre los episodios agudos el paciente continúa con los síntomas, pero en menor grado.

Los síntomas a menudo empeoran con el tiempo y pueden limitar la capacidad de la persona de realizar sus actividades cotidianas. La EPOC grave puede impedirle

realizar incluso las actividades elementales, como caminar, cocinar o encargarse de su cuidado personal.

Los principales factores de riesgo lo constituyen el tabaquismo, hábito característico de la población que padece esta patología, alérgenos ambientales o la exposición durante la actividad laboral a diferentes agentes químicos. En base a esto último, sin la pertinente protección y prevención de riesgos laborales, puede resultar ser otro factor de riesgo importante dado que estaremos expuestos durante largos periodos de tiempo, conllevando esto un potencial daño irreversible, que de forma silente hará debutar los primeros síntomas de EPOC según que situaciones se encuentre la persona.

2 Objetivos

Analizar un caso de paciente con EPOC, realizando una valoración a través de las necesidades del paciente de Virginia Henderson.

Describir un plan de cuidados en base a diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería (NANDA, NOC y NIC).

3 Caso clínico

En nuestro caso tenemos a un paciente de 79 años de edad que acude a urgencias por un aumento de su disnea, presentando sibilancias audibles y ortopnea. Padece EPOC diagnosticada de grado IV con oxigenoterapia domiciliaria. Anteriormente este paciente ha sufrido múltiples ingresos por descompensaciones de EPOC reagudizada. De base también padece patologías como Diabetes tipo II y HTA. Tras la valoración y exploración física se diagnostica que sufre una reagudización de EPOC.

Vamos a valorar a nuestro paciente utilizando la Taxonomía NANDA (2) a parte de compararlos con otros planes de cuidados enfermeros como el caso realizado por Fanny Esperanza Acevedo y Consuelo Ortiz Suárez (3) y Planes de cuidados genéricos como el del HU Reina Sofía (4), cogiendo y desechando los diagnósticos que más se adecuen a nuestro paciente. Después estableceremos una serie de objetivos NOC que, a través de las intervenciones NIC,

La función de enfermería va a consistir en realizar los cuidados adecuados para prevenir, promover y mejorar el estado de salud del paciente y su calidad de vida, principalmente. Tanto la valoración por cómo aplicar las técnicas requeridas en

la exploración, monitorización, pruebas analíticas y radiológicas, administración de medicamentos y otras terapias.

VALORACION

En el diagnóstico médico se detecta que el paciente tiene una Crisis de reagudización de EPOC.

Valoración por el modelo de las 14 necesidades de V. Henderson en las que mostramos las alteradas.

1. Necesidad de respirar normalmente: Fumador activo con oxigenoterapia. Presenta disnea, sibilancias, taquipnea y ortopnea. Presenta edema intersticial, cardiomegalia, BYPASS e HTA.
2. Necesidad de alimentación: Sobrepeso. Falta de piezas dentales.
3. Necesidad de eliminación: Nefropatía diabética.
4. Necesidad de movilización: Limitaciones en actividades diarias.
5. Necesidad de reposo y sueño: Sueño discontinuo, ortopnea, exacerbaciones, miedo a no despertar.
6. Necesidad de vestirse/desvestirse: Suplencia parcial.
7. Necesidad de seguridad: Angustiado y deprimido. Permanece solo en la noche.
8. Necesidad de comunicación: Hipofonesis generalizada.
9. Necesidad de realización personal: Jubilación y dependencia.
10. Necesidad de ocio: Permanece en el hogar, refiere avergonzarse de llevar oxígeno.
11. Necesidad de aprendizaje y conocimiento: Preocupado por su evolución pero no realiza cambios conductuales.

PLAN DE CUIDADOS

NANDA: 00031 Limpieza ineficaz de las vías r/c ausencia de tos, cambios en la función respiratoria, disnea, sonidos respiratorios adventicios m/p EPOC y tabaquismo.

NOC: 0410 Permeabilidad de las vías respiratorias.

NIC: 3160 Aspiración de las vías aéreas, 3230 Fisioterapia respiratoria

NANDA: 00092 Intolerancia a la actividad r/c sedentarismo, EPOC y tabaquismo m/p disnea de esfuerzo, ortopnea y discomfort de esfuerzo.

NOC: 0002 Conservación de la energía, 0005 Tolerancia a la actividad+

NIC: 0180 Manejo de la energía, 4310 Terapia de actividad

NANDA: 00126 - Conocimientos deficientes r/c falta de interés en el aprendizaje m/p seguimiento inexacto de las instrucciones y comportamientos inapropiados.
NOC: 1802 Conocimiento dieta, 1808 Conocimiento medicación
NIC: 5246 Asesoramiento nutricional, 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

NANDA: 00146 Ansiedad r/c amenaza de cambio en el estado de salud m/p inquietud, incertidumbre.
NOC: 1302 Afrontamiento de problemas, 1402 Autocontrol de la ansiedad
NIC: 5270 Apoyo emocional, 5820 Disminución de la ansiedad.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

PC: 00030 Deterioro del intercambio de gases.
NIC: 3320 Oxigenoterapia, 3390 Ayuda a la ventilación

PC: 06 Diabetes Mellitus
NIC: 5614 Enseñanza: dieta prescrita, 2120 Manejo de la hiperglucemia, 2130 Manejo de la hipoglucemia

4 Discusión-Conclusión

En nuestro paciente hemos cogido el diagnóstico limpieza ineficaz de las vías aéreas (000301) porque consideramos que reúne las características más importantes a la hora de tratarlas, ya que por su patología presenta obstrucción de las vías aéreas y si conseguimos que sean permeables las vías el paciente mejorará. Este diagnóstico unido con el problema de colaboración Deterioro del intercambio de gases (00030), está indicado en todos los pacientes con EPOC , ya que al tratarse de una enfermedad crónica necesita especial vigilancia en el intercambio gaseoso.

El diagnóstico de Intolerancia a la actividad (00092) lo consideramos importante porque nuestro paciente indica que se agota y fatiga ante pequeños esfuerzos. Su estilo de vida sedentario contribuye al agravamiento de la enfermedad. Ante esto no esperamos una mejoría absoluta por enfermedad pero si esperamos mejorar su calidad de vida. En conocimientos deficientes (00126), consideramos que es importante que el paciente aprenda a manejar la medicación y alimentación, ya que presta atención a las explicaciones pero manifiesta que lo hará en su casa. Es importante este diagnóstico para intentar en medida de lo posible cambiar sus malos hábitos con la alimentación y medicaciones para así como hemos hecho en este caso no hay que ni siquiera poner como problema de colaboración la HTA

que padece.

En cuanto al plan de cuidados del HU R. Sofía (4), nos aparecen diagnósticos comunes y diferentes como Estreñimiento (00011) y Riesgo de infección (0004) que para nosotros no han sido relevantes por no tener información adecuada de ello.

En el caso de Carmen Lozano Delgado (5), se habla también de los diagnósticos relacionados con el cuidador que en nuestro caso no tenemos información sobre el estado del cuidador de nuestro paciente.

Para concluir hemos comprendido que en el EPOC existen diagnósticos comunes y en este nuestro paciente habría que hacer un esfuerzo en educar al paciente en cuanto a medicación y dieta. Tenemos que ser un poco realistas ya que debido a la edad y patologías de base sabemos que no será posible una mejora al 100% pero debemos hacer que el bienestar y la calidad de vida de paciente se vea aumentada en la medida de lo posible.

5 Bibliografía

1. Chapman KR, Mannino DM, Soriano JB, Vermeire PA, Buist AS, Thun MJ, et al. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2006;27:188–207.
2. Taxonomía NANDA, NIC, NOC, biblioteca electrónica UGR;
3. Fanny Esperanza Acevedo, Juan Carlos Díaz Álvarez, Consuelo Ortiz. Propuesta de cuidado de enfermería al paciente con EPOC según taxonomía NANDA. 2013.; 31(2): 116-137. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n2/v31n2a13.pdf>
4. Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/cuidados_enfermeria/epoc.pdf
5. Carmen Delgado Lozano, EPOC y pérdida de independencia. Un problema familiar. *Metas de enfermería*. 2015. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80708/>

Capítulo 21

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA. RECUERDO PARA ENFERMERÍA

CELIA SÁNCHEZ CASAS

LISAIDA REINA TRUJILLO

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

TAMARA NOVA VALERO

1 Introducción

La insuficiencia renal aguda se caracteriza por una disminución rápida de la tasa de filtración glomerular, en cuestión de horas o días, suele ser reversible si se trata a tiempo pero en algunos casos provoca daño renal permanente e irreversible. Puede aparecer en un riñón sano, por un procesos puntual o en un riñón enfermo por la descompensación de un problema crónico.

Puede ser prerrenal o funcional, la mas frecuente, debida a hipoperfusión renal. Intrínseca, infrarrenal o intraparenquimatosa por afectación del tejido del riñón. Postrenal u obstructiva, por obstrucción del paso de la orina en cualquier zona del tracto urinario.

La insuficiencia renal aguda ocurre cuando los riñones pierden repentinamente su capacidad de filtrar los productos de desecho de la sangre. Cuando los riñones

pierden su capacidad de filtrado, se pueden acumular productos de desecho nocivos y la química de la sangre puede desequilibrarse.

2 Objetivos

Conocer el papel de enfermería en relación con la insuficiencia renal aguda.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los signos y síntomas de insuficiencia renal aguda incluyen entre otros:

Disminución del volumen de orina excretado (diuresis), aunque a veces se mantiene estable durante un tiempo

Retención de líquido, que causa hinchazón y edema en las piernas, los tobillos y los pies, disnea, malestar general, desorientación, náuseas y debilidad, ritmo cardíaco irregular, dolor u opresión en el pecho, convulsiones o coma en casos severos y graves.

A veces, en algunas ocasiones, la insuficiencia renal aguda no provoca signos, ni síntomas y se detecta a través de pruebas de laboratorio que se realizan por otros motivos de revisión médica.

Enfermedades que se pueden reducir a los riñones con flujo sanguíneo a los riñones y causar daño renal se incluyen:

Pérdida de líquido o sangre, hipovolemia

Presión arterial elevada.

Infecciones

Insuficiencia hepática

También se puede relacionar con el consumo de aspirina, ibuprofeno (Adil, Motrin Ib, otros), (Aleve, otros) o medicamentos relacionados.

Reacciones alérgicas severas

Quemaduras severas e importantes

Deshidratación severa e importantes

Estas enfermedades, enfermedades y drogas pueden dañar los riñones y causar insuficiencia renal aguda:

Coágulos de sangre alrededor de los riñones, riñones y arterias (trombos)

Los depósitos de colesterol bloquean el flujo sanguíneo en los riñones (arteroesclerosis)

Nefritis de bola emocional, inflamación de filtro renal (glomerular)

Síndrome de uremia hemolítica, una enfermedad causada por la destrucción prematura de los glóbulos rojos

Infección, como el virus COVID-19

Una enfermedad del sistema inmune que causa nefritis glomerular

Medicamentos utilizados en pruebas de imágenes como algunas quimioterapia, antibióticos y tintes.

Enfermedad de la piel dura, un conjunto de enfermedades extrañas que afectan la piel y el tejido conectivo.

Las plaquetas reducen la enfermedad de la sangre púrpura.

Toxinas como alcohol, metal pesado, cocaína y otras drogas de consumo

La ruptura del tejido muscular (músculo horizontal) causará daño renal causado por toxinas causadas por el tejido muscular para deshacerse de

La ruptura de las células tumorales (síndrome de agrietamiento tumoral) causará toxinas que pueden causar daño renal

La enfermedad y las afecciones (obstrucción de la orina), que inhibe la orina del cuerpo (obstrucción de la orina) puede provocar insuficiencia renal aguda.

Cáncer de vejiga

Coágulo de sangre en el tracto urinario

Cáncer de cuello uterino

Cáncer de colon

Crecimiento de la próstata

Computación renal

Lesiones nerviosas y nerviosas para controlar la vejiga

Cáncer de próstata

5 Discusión-Conclusión

La insuficiencia renal aguda, también llamada lesión renal aguda, se desarrolla rápidamente, generalmente en unos pocos días. La insuficiencia renal aguda ocurre con mayor frecuencia en pacientes hospitalizados, especialmente aquellos

con enfermedades críticas que requieren cuidados intensivos. La insuficiencia renal aguda puede ser mortal y requiere un tratamiento intensivo. Sin embargo, la lesión renal aguda es reversible. Sin embargo, si el paciente está sano, su función renal puede volver a la normalidad o casi normal.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/kidney-failure/symptoms-causes/syc-20369048#:text=La%20insuficiencia%20renal%20aguda%20ocurre,composici%C3%B3n%20qu%C3%ADmica%20de%20la%20sangre>.

Capítulo 22

REVISIÓN BIBLIOGRAFÍA: COORDINACIÓN ENTRE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

CELIA SÁNCHEZ CASAS

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

TAMARA NOVA VALERO

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

LISAIDA REINA TRUJILLO

1 Introducción

En el presente trabajo se estudia el grado de coordinación existente entre la enfermería comunitaria y la atención especializada, en relación con el caso de personas afectadas por Úlceras Venosas en la unidad familiar. Durante su realización se ha concluido que gracias a una correcta coordinación sanitaria, el 95% de las interconsultas se solucionan sin necesidad de acudir a un hospital, se eliminan el 80% de las consultas externas del hospital, se suprimen el 100% de las consultas de primera instancia en Atención Especializada, se acaban eliminando el 100% de

los seguimientos de los tratamientos que son de larga evolución y se reducen en un 80% de las revisiones post-hospitalarias.

La elaboración de este trabajo ha consistido en una revisión bibliográfica narrativa, dividida en 2 fases: en la primera se ha realizado una revisión sobre los antecedentes teóricos del tema de estudio y en la segunda fase, en la que se han recogido evidencias publicadas en relación con el cuidado primario y la salud comunitaria.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud se definió como: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"(1). Es decir, que para poder obtener un estado de salud óptimo, se debe tener en cuenta la esfera biopsicosocial del paciente, y esto ya se debe trabajar desde el nivel primario de atención en salud, también conocido como atención primaria.

La atención primaria de salud puede ser definida desde diferentes perspectivas. Normalmente, es considerada como una parte básica del sistema sanitario: es la puerta de entrada a través de la que los usuarios y pacientes toman inicialmente contacto con los servicios de salud. Esta aproximación no permite visualizar de forma suficiente la importancia y complejidad del papel que la APS debe desempeñar en el conjunto de los procesos de atención de salud individual y colectiva.

2 Objetivos

- Caracterizar el contexto de atención primaria con respecto a personas afectadas por úlceras venosas en el domicilio.
- Identificar el grado de coordinación sanitaria entre los diferentes niveles sanitarios de atención implicados en la problemática de las úlceras venosas.

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:

Coordinación entre enfermería de Atención Hospitalaria y enfermería de atención primaria. Enfermera de Enlace comunitario.

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

La Ley General de Sanidad (LGS) publicada en el BOE número 102 de 29 de abril de 1986, que lleva en vigencia desde 19 de mayo de 1986, habla concretamente en el capítulo II en lo relacionado con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas otorgando a estas la capacidad para atender las necesidades sanitarias de la población residente en sus respectivas jurisdicciones:

- Salud pública
- Atención primaria
- Atención especializada

Este marco legal, propicio la creación del Sistema Nacional de Salud, que está formado por el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, coordinados en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, se establecen las características primordiales de este sistema sanitario:

- Cobertura universal para todos los ciudadanos.
- Financiación pública a través de los impuestos.
- Servicios gratuitos en las prestaciones asistenciales.
- Descentralización competencial y coordinación estatal.
- Garantía de calidad de la atención prestada.
- Mejorar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Participación comunitaria.

Así como, la organización territorial en Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud. En las Áreas de Salud se presta tanto atención primaria como atención especializada.

La enfermera gestora de casos no es algo novedoso, pero sí algo desconocido, incluso dentro de la propia profesión enfermera. A pesar de que se trata de una figura que no está presente en todas las comunidades autónomas, en las Islas Canarias se realizó el primer proyecto piloto para su incorporación en el año 1994. A pesar de ello, a día de hoy, es Andalucía la región que más desarrollado tiene el modelo de gestión de casos, implantado en todo el sistema público de salud andaluz en el año 2002, como desarrollo de su Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas

5 Discusión-Conclusión

El envejecimiento de la población unido, con el consiguiente cambio de perfil epidemiológico, además del incremento de personas dependientes, la disminu-

ción de la red social de apoyo informal y la mala utilización de los servicios de salud, son factores que están generando nuevos retos en la prestación atención sanitaria, junto a las quejas de los usuarios por el modelo fragmentado de atención que el sistema oferta a los pacientes con necesidades complejas (fruto de su pluripatología).

Todo lo anterior plantea una necesidad de dar una respuesta a este vacío de coordinación entre niveles asistenciales.

La figura de la Enfermera Hospitalaria de Enlace y la Enfermera Comunitaria de Enlace, fueron desarrolladas por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) en el 2002, a través del Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas para proveer asistencia sanitaria de buena calidad y con buena relación coste beneficio en Atención Primaria y Atención Especializada, pudiendo adaptarse a los cambios que está sufriendo la población. Posteriormente, en el año 2002, esta denominación cambio a la de enferma gestora de casos.

6 Bibliografía

1. <https://www.unir.net/salud/revista/enfermera-gestora-casos/>

Capítulo 23

SEVOFLURANO COMO ANESTÉSICO TÓPICO EN HERIDAS COMPLEJAS

LUIS MIGUEL MORO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las heridas complejas son lesiones que condicionadas por las características que las acompañan pueden ver comprometida su evolución hacia la epitelización, sea cual sea su etiología. Muchas de las lesiones del miembro inferior, tanto vasculares como por presión o por otros factores como la diabetes, y otras lesiones traumáticas pueden complicarse y terminar siendo catalogadas como heridas complejas.

Estas lesiones suponen un grave problema para los pacientes y los sistemas sanitarios. Estadísticamente se puede afirmar que afectan en torno a un 1-3% de la población mundial. Para hacerse una idea de los costes del tratamiento de estas lesiones y sus complicaciones, algunos documentos estiman el gasto necesario para hacerles frente en torno a un 2,5% de los presupuestos totales fijados para gasto sanitario en Europa y América¹. Continuando con términos económicos, se estima que estas lesiones ocasionan anualmente 2 millones de bajas laborales en Estados Unidos². Por otro lado, producen grandes pérdidas de autonomía, funcionalidad y calidad de vida a los pacientes, alejándoles de las actividades básicas de la vida diaria. Uno de los principales problemas que acompañan a las heridas complejas y que más incapacitan a quienes las sufren es el dolor, configurándose como el síntoma más debilitante. Como bien es sabido, el dolor no limita solamente por la repercusión directa de la percepción de dolor, sino que cuando se prolonga en el tiempo disminuye el cumplimiento terapéutico y la adherencia de los pacientes a los tratamientos prescritos, tanto sistémicos como locales.

Históricamente el tratamiento del dolor asociado a lesiones, bien sean heridas complejas u otro tipo de lesiones, no ha conseguido ser lo suficientemente efectivo como para evitar la problemática descrita. Para ello se solían seguir dos vías de combate frente al dolor: la vía sistémica y la vía tópica. Por vía sistémica se utilizan diversos fármacos en función del dolor que refiere el paciente, desde analgésicos no opioides como el paracetamol, el metamizol o los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), hasta analgésicos opioides y sus potentes derivados. Estos fármacos conseguían paliar el dolor en algunos casos, pero no eran eficaces durante las curas locales de la herida, y en muchas ocasiones producían diversos efectos adversos que dificultaban más el tratamiento o la adherencia. Por otra parte, por vía sistémica las opciones analgésicas en nuestro medio son escasas y se limitan fundamentalmente al uso de anestésicos tópicos como la lidocaína, prilocaína o mepivacaína en emulsión. Estos agentes no resultan lo suficiente potentes como para controlar el dolor de las curas o técnicas dolorosas como el desbridamiento o el cambio de apósitos¹.

Más recientemente han aparecido entre la literatura científica diversas experiencias y estudios que abordan el uso de otros agentes para el tratamiento tópico del dolor que producen las heridas complejas y otro tipo de lesiones. Uno de estos agentes es el sevoflurano. El sevoflurano es un anestésico de acción general, del grupo de los éteres halogenados y utilizado clásicamente por vía inhalatoria. Este está indicado para la inducción y el mantenimiento de la anestesia general con intención quirúrgica con un buen nivel de seguridad. Su acción principal reside en sus efectos sobre el sistema nervioso central, aunque parece que se empiezan a estudiar sus efectos a niveles periféricos¹. Es de ahí de donde surge la necesidad de revisar la bibliografía existente para determinar la utilidad del sevoflurano como anestésico tópico para la reducción del dolor durante el tratamiento de heridas complejas.

2 Objetivos

- Identificar la utilidad del sevoflurano como anestésico tópico durante el tratamiento de heridas complejas.
- Describir el uso, los beneficios y los efectos adversos de la aplicación tópica del sevoflurano.
- Conocer las experiencias previas con el uso tópico del sevoflurano en el tratamiento de heridas complejas.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en fuentes secundarias, las bases de datos PubMed y Cuiden. Los descriptores utilizados, pertenecientes al tesauro MeSH, fueron Wound Healing, Pain. También se utilizaron los mismos descriptores traducidos al tesauro DeCS. Se utilizaron también los términos libres Sevoflurano, Úlcera. Para conjugarlos se utilizó el operador booleano And.

Tras la búsqueda bibliográfica inicial resultaron abundantes publicaciones. Todos los artículos fueron revisados por título. Se priorizó la inclusión de artículos de publicaciones enfermeras, tanto en castellano como en inglés, y de los últimos 3 años. En el buscador Cuiden se aumentó el margen a publicaciones a los últimos 5 años por obtener pocos resultados. También se realizó una búsqueda independiente en webs referidas al tema central del estudio, resultando una de utilidad para el desarrollo del mismo.

Finalmente se seleccionaron 5 artículos y una página web. Para la lectura crítica de los mismos fueron de utilidad los criterios QUORUM y PRISMA, así como el programa Critical Appraisal Skills Programme España (CASPe).

4 Resultados

En un estudio realizado en personas mayores de 60 años con úlceras de la extremidad inferior de etiología venosa que presentaban resistencia a los analgésicos locales y sistémicos se aplicó sevoflurano de forma tópica. Al 50% de los participantes se les realizó el tratamiento y el seguimiento en el ámbito hospitalario y al otro 50% en el domicilio. En todos ellos se observó una disminución de dolor por parte del paciente. Como efectos adversos solamente se describió una irritación pruriginosa leve en uno de los casos¹.

En otra serie de casos, descrita por Imbernón et al, se incluyeron a varios pacientes con úlceras de la extremidad inferior con infección activa por *Pseudomonas aeruginosa* y por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina. En ellos se aplicó sevoflurano en dosis de 1ml/cm² del tamaño de la lesión cada 48 horas durante 30 días. Durante este tiempo se evitó la utilización de antibióticos tópicos y sistémicos. Al final del tratamiento se consiguió erradicar de las lesiones la presencia de *Staphylococcus aureus* resistente a la medicina, pero no se consiguió lo mismo con la infección por *Pseudomonas aeruginosa*^{1,3}.

En el estudio observacional prospectivo llevado a cabo por Fernández-Ginés, que incluía pacientes con lesiones de etiología venosa y con un dolor de al menos 7 puntos en la escala visual analógica (EVA) en tratamiento con analgésicos

opiáceos, se encontró que la asociación de opiáceos y sevoflurano tópico en instilación reducía hasta en 6 puntos más el nivel de dolor que el uso único de opiáceos. Además, esta reducción del dolor no es solamente puntual, sino que demuestra la duración del efecto analgésico del sevoflurano entre 8 y 18 horas tras la aplicación de la dosis recomendada 1, 2,3.

Tras observar el efecto tópico del sevoflurano, un estudio clínico aleatorizado comparó otros agentes anestésicos volátiles con el mismo, halotano e isoflurano. El halotano mostró un efecto analgésico más potente que el sevoflurano (a la misma dosis) pero el de este último era más estable y con solo elevar la dosis ligeramente se conseguía igualar el efecto del halotano². También ha habido un estudio clínico retrospectivo que valoraba la reducción del dolor, la calidad de vida y el tamaño y la profundidad de las lesiones. A los pacientes a los que se les aplicaba sevoflurano durante la cura de las lesiones (a dosis de 1ml/cm²) se les redujo el dolor durante las mismas en 8 puntos de escala EVA. Además, también comentaron mayor duración del efecto analgésico que en tratamientos anteriores, una mayor calidad de vida y menor pérdida de capacidad funcional. Cabe destacar que en el grupo de pacientes tratado con sevoflurano se observó una mejor y más rápida cicatrización de la lesión 2.

En el estudio de Gencay, realizado en Turquía, se aplicó sevoflurano tópico en una úlcera por presión durante un mes. Al cabo de ese periodo el tamaño de la úlcera disminuyó, los tejidos necróticos remitieron por completo y el dolor se redujo. En este caso también se finalizó el estudio con un cultivo bacteriano negativo, muestra del efecto antibiótico del sevoflurano (no se administraron antibióticos tópicos ni sistémicos en durante el seguimiento) 3.

En la revisión llevada a cabo por Martínez-Monsalve, que incluía el estudio de 152 pacientes con lesiones de diversas etiologías (úlceras vasculares, por presión, diabéticas...) tratados con sevoflurano, se observa también el efecto analgésico del sevoflurano. El tiempo entre la instilación del fármaco y el consentimiento del paciente para iniciar el procedimiento fue, de media, de 2 minutos solamente. Solo 29 pacientes precisaron una dosis extra de sevoflurano durante el cuidado de la lesión. En 129 casos se consiguió realizar el desbridamiento, técnica por lo general bastante dolorosa, sin interrupciones. De media los pacientes referían un descenso de nivel de dolor hasta los 2 puntos de la escala EVA (de media) en los primeros cinco minutos, y no era hasta al menos 10 horas después donde los valores de dolor alcanzaban el umbral previo a la aplicación del tratamiento 4, 5, 6.

Si hablamos de efectos adversos, en la revisión mencionada, se observó una reacción de prurito leve transitorio o de prurito en los bordes perilesionales en 51

pacientes. Durante el transcurso del estudio se llevaron a cabo más de 1800 aplicaciones de sevoflurano y en ninguno de los casos se experimentó dolor durante la aplicación. Cabe destacar que 10 de los pacientes participantes experimentaron dolor de rebote. Sin embargo, pasado un día de la instilación del sevoflurano, la impresión de los pacientes en cuanto a la analgesia durante y después de la cura de la lesión era de muy alta satisfacción. En ningún caso se ha comunicado ningún efecto adverso sistémico 4, 5.

Martínez-Monsalve et al se preguntaron si utilizar el sevoflurano como agente analgésico para la cura de las heridas suponía una inversión económica superior para su institución respecto al producto que utilizaban a menudo (EMLA). Tras el estudio afirman que la diferencia del uso de sevoflurano versus EMLA es escasa, siendo unos céntimos más barata la aplicación de EMLA por herida. No obstante, se calcula que la aplicación de sevoflurano puede ser más eficiente teniendo en cuenta los gastos secundarios, pues este (al contrario de EMLA) consigue reducir el dolor de la lesión en un lapso de entre 8 y 18 horas, evitando así invertir en otros productos analgésicos durante ese tiempo 4, 5.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta los datos que se extraen de los estudios anteriormente descritos parece demostrarse que la aplicación de sevoflurano tópico (en irrigación) disminuye significativamente la puntuación de dolor, valorada con la escala visual analógica. La dosis de sevoflurano tópico recomendada es de 1ml por cm² de la lesión, teniendo en cuenta la importancia de proteger los bordes de la herida, así como la piel perilesional para no producir nuevas lesiones o administrar más fármaco del recomendado.

La gran reducción del dolor durante el manejo de la lesión, especialmente durante la limpieza y el desbridamiento de la misma tras la aplicación tópica de sevoflurano, propicia un aumento de la funcionalidad y de la calidad de vida del paciente. Esto ayuda a mejorar la adherencia a los cuidados periódicos de la herida y permite al profesional aplicar las técnicas completas, sin interrupciones y sin desglosarlas en varias sesiones. Por este motivo se acelera el proceso de cicatrización.

Algunos estudios indican que tiene un efecto antibiótico frente a algunas bacterias, pero es posible que para realizar una afirmación de este calibre sean necesarios estudios más exhaustivos y cuyo objeto de estudio sea comprobar el efecto antibiótico del sevoflurano tópico.

Se han descrito varios casos de prurito leve y prurito en la piel perilesional.

Puesto que no se han descrito efectos secundarios de consideración es una opción de tratamiento analgésico seguro. Además, se ha visto como es eficiente, pues su precio no es superior al de otros productos sanitarios destinados a la misma función. De hecho, su eficiencia puede considerarse mejor ya que al tener un efecto a mayor plazo que el resto de productos va a disminuir el consumo de otros fármacos, por lo que el gasto sanitario total descendería. Por este mismo motivo se puede afirmar que puede conducir a mejoras de salud pública como la disminución de adicción a opiáceos y los efectos adversos que estos desencadenan.

Finalmente es necesario precisar que la mayor parte de la bibliografía existente al respecto del uso del sevoflurano como agente analgésico en la cura y el manejo de heridas de distintas etiologías consiste en informes de casos y análisis retrospectivos. Es necesario llevar a cabo estudios más sólidos y de mayor rigor científico. Queda para el futuro el estudio de la sinergia del sevoflurano tópico con otros tratamientos, las consecuencias a largo plazo, cuál sería el mejor modo de aplicación en lo referido a la seguridad del paciente y del profesional, o cuáles serían las lesiones que más se beneficiarían de su uso, entre otras cuestiones.

6 Bibliografía

1. García Meana JF. Utilización del sevoflurano de forma tópica en úlceras de la extremidad inferior: revisión sistematizada. *Gerokomos* [revista en Internet] 2020 [acceso en 20/07/2023]; 31(2): 119-124. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000200011.
2. Aranke M, Pham C, Yilmaz M, Wong J, Orhuhu V, An D, et al. Topical sevoflurane: a novel treatment for chronic pain caused by venous stasis ulcers. *Anesth Pain Med* [revista en Internet] 2021 [acceso en 20/07/2023]; 11(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34221949/>.
3. Martínez Pizarro S. Sevoflurano tópico para reducir el dolor en las úlceras. *Enferm Dermatol* [revista en Internet] 2020 [acceso en 23/07/2023]; 14(39): 71-72. Disponible en: <https://enfermeriadermatologica.org/index.php/anedidic/article/view/55>.
4. Martínez Monsalve A, Selva Sevilla C, Gerónimo Pardo M. Analgesic effectiveness of topical sevoflurane to perform Sharp debridement of painful wounds. *Journal of Vascular Surgery* [revista en Internet] 2018 [acceso en 21/07/2023]; 69(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30612826/>.
5. Gerónimo Pardo M, Cortiñas Sáenz M. Eficacia analgésica del sevoflurano tópico en heridas. *Rev Soc Esp Dolor* [revista en Internet] 2018 [acceso en

22/07/2023]; 25(2): 106-111. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462018000200106&script=sci_abstract&tlng=es.

6. www.elenaconde.com

[sede Web]. España: Elena Conde; 16/07/2017 [acceso en 20/07/2023].
¿Habías oído hablar del uso tópico del sevoflurano en heridas? Disponible en: <https://www.elenaconde.com/habias-oido-hablar-del-uso-topico-del-sevoflurano-en-heridas/>.

Capítulo 24

CIRUGÍA: LA ESPLENECTOMÍA

VERÓNICA BASTANTE RODRÍGUEZ

1 Introducción

La esplenectomía es una cirugía que consiste en la extirpación del bazo, órgano que se localiza en lado izquierdo del abdomen, debajo de la parrilla costal.

Su función es la de filtrar materiales innecesarios de la sangre y ayudar a combatir las infecciones. Su extirpación puede ser total o parcial, por lo que dependiendo de ello hablaremos de esplenectomía total o parcial.

Esta cirugía se puede realizar de forma laparoscópica, en la mayoría de las ocasiones, permitiendo al paciente recibir el alta hospitalaria incluso el mismo día de la cirugía, o uno u dos días después. También se puede realizar de manera abierta, con lo cual la recuperación será más lenta al ser más invasiva, el paciente podrá pasar hasta seis días hospitalizado.

Se puede vivir sin bazo, al igual que se puede vivir sin apéndice, y tener una vida normal, pero el paciente ha de tener en cuenta que desde ese momento será más propenso a contraer infecciones, ya que ahora no dispone de uno de los medios necesarios para evitar que algunas de estas se desarrollen.

Existen distintos motivos por los cuales este órgano debe ser extirpado, los más comunes son:

- Rotura por lesión abdominal.
- Para tratar algunas enfermedades como la esplenomegalia (agrandamiento del bazo).
- Para extirpar ciertos tipos de cáncer.
- Para tratar algunas infecciones.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia de explicar al paciente el proceso al que se va a someter de manera que lo comprenda.
- Exponer los cuidados necesarios para una buena y pronta recuperación tras la cirugía.

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 Pubmed o Medline.

4 Resultados

Antes del procedimiento se recibirán por parte del equipo médico y enfermero del paciente una serie de pautas para que la cirugía se lleve a cabo con el mínimo riesgo posible, así como para reducir las distintas complicaciones que puedan aparecer.

Las más importantes son la revisión de la medicación habitual del paciente previa a la cirugía, con la posible suspensión o introducción de nuevos medicamentos pre-cirugía. También con respecto a la dieta del paciente, que puede verse alterada y posible introducción de suplementos dietéticos para llegar a ese momento bien preparado y en buena condición física, lo que es muy importante para la recuperación.

Es importante destacar la posible necesidad de transfusiones sanguíneas pre o postquirúrgicas.

Además de todo ello, debe realizarse una exploración física completa, comprobación de vacunas y determinaciones analíticas.

Para la realización de esta cirugía debemos tener en cuenta las distintas complicaciones que se pueden presentar tanto durante la cirugía como después. Las complicaciones más comunes son: sangrado, formación de coágulos sanguíneos, infección (esta puede darse durante la cirugía, después o incluso largo tiempo después de haberla realizado), heridas en los órganos adyacentes al bazo (estómago, páncreas y colon), pulmón colapsado o herida en el lugar de la incisión.

Esta cirugía puede realizarse por laparoscopia o cirugía abierta, las dos bajo anestesia general.

- Cirugía Abierta: se hace un corte en el lado izquierdo del abdomen, por debajo de las costillas y se extirpa el bazo. La herida se cierra con suturas o grapas.

-Cirugía Laparoscópica: se realizan de tres a cuatro cortes en el abdomen, y se utiliza uno de ellos para introducir el laparoscopio, los otros cortes se utilizan para introducir otro tipo de material y extirpar el bazo. Las incisiones se cierran de nuevo con suturas o grapas. Esta cirugía es menos invasiva que la abierta, lo que conlleva una recuperación más rápida y menos dolorosa.

Tras el procedimiento hay que poner especial atención a la herida quirúrgica, vigilar signos y síntomas de infección tempranos y curar cuando sea preciso. Controlar el dolor, evitar actividades fuertes o que requieran esfuerzo, no levantar pesos y beber abundante líquido para mantenerse bien hidratado.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido ver en este capítulo, la esplenectomía es un tipo de cirugía poco invasiva que puede realizarse por laparoscopia o a través de cirugía abierta. Hoy en día se pone especial énfasis en los cuidados enfermeros, que son muy importantes para promover una pronta recuperación y minimizar las posibles complicaciones posteriores.

En algunos hospitales ya se está realizando un tipo de circuito por diferentes consultas y especialistas, en los que el paciente pasa por diferentes servicios antes de realizar la cirugía, para así estar en las mejores condiciones para afrontarla y ayudar en la recuperación de la misma.

Estos servicios son anestesiología, nutrición y endocrinología. Consta de un equipo médico y enfermero en el que, dependiendo de las condiciones previas del paciente, se dan una serie de pautas para agilizar y mejorar la recuperación de la misma, así como también minimizar el tiempo de hospitalización requerido en la medida de lo posible y siempre dependiendo de la condición del paciente.

6 Bibliografía

- www.medlineplus.gov
- www.mayoclinic.org
- espanol.kaiserpermanente.org

Capítulo 25

ATENCIÓN ENFERMERA EN LOS PROCEDIMIENTOS DE ACTIVACIÓN DEL ELECTROENCEFALOGRAMA

ZUBEROA AZNÁREZ IBÁÑEZ

BIDANE LIZARRAGA MOZO

MIGUEL DÍEZ REVIRIEGO

GARAZI ECHEVERRIA NAGORE

ANA AZNAREZ IBAÑEZ

1 Introducción

En el electroencefalograma (EEG) se registra la actividad eléctrica de la corteza cerebral en tiempo real. Es una técnica de exploración funcional del SNC (sistema nervioso central). Es indolora y no es invasiva (en el caso de EEG estándar). Se colocan electrodos en las diferentes regiones cerebrales, colocados en el cuero cabelludo/scalp con gel conductor. Se capta la diferencia de potencial entre los electrodos que están distribuidos mediante una posición reglada por un sistema internacional llamado 10-20. La diferencia de potencial que se genera entre los dos electrodos (uno activo y otro referencial) se registra en un canal y encontramos entre 16-24 canales en el trazado en tiempo real del EEG. En cuanto al montaje existe el montaje bipolar o el montaje monopolar. Esta señal es recogida en amplificadores digitales y registrada en la pantalla digital o en papel (analógica

actualmente en desuso). Esa diferencia de potencial es la que quedará reflejada como un vector positivo o negativo y nos dará el trazado de ondas.

En cuanto al trazado, encontramos una normalidad eléctrica dependiendo de la edad y estado de sueño o vigilia, así como una distribución de determinadas ondas y ritmos según la región cerebral. Las variaciones de la presentación típica son las que se estudian, teniendo en cuenta también las circunstancias personales que puedan afectar como fármacos, patologías sistémicas, patologías intracraneales entre otras.

Durante el registro de un EEG estándar se realizan (si no hay contraindicación) técnicas de activación (estimulación fótica intermitente e hiperventilación principalmente). También se puede dar el caso que mediante un EEG estándar no se detecten anomalías (pese a sospecha clínica) o la actividad cerebral detectada no claramente patológica, en dichos casos, se indica la realización de un EEG tras privación de sueño, donde se aumentan las posibilidades de aparición de descargas epileptiformes.

2 Objetivos

Revisar la bibliografía sobre la actuación enfermera en el electroencefalograma y especialmente durante las activaciones.

Protocolizar las indicaciones previas dadas al paciente para conseguir las condiciones óptimas para la realización de un EEG tras privación de sueño y su posterior registro.

3 Metodología

La revisión bibliográfica sobre la actuación de enfermería tanto en la preparación previa como en la realización de un electroencefalograma, se ha realizado en las conocidas bases de datos de Scielo, Pubmed y Cochrane. La búsqueda ha sido limitada a idioma castellano. Se han tenido en cuenta solo estudios realizados en humanos. La búsqueda bibliográfica se ha intentado acotar a artículos de enfermería, no obstante, hemos encontrado dificultades por la escasez de los mismos. También se han añadido indicaciones de protocolos de actuación de servicios de neurofisiología clínica.

4 Resultados

Los procedimientos de activación buscan provocar o intensificar la presencia de actividad cerebral anormal. Los más usados en los servicios de neurofisiología clínica serían: la hiperventilación (HV), la foto estimulación intermitente o también llamada estimulación lumínica intermitente (ELI) o los procedimientos de activación de sueño o privación de sueño.

Antes de realizar dichas activaciones es necesario tener en cuenta determinadas contraindicaciones, además de ser conocedores de determinadas indicaciones, perfil y peculiaridades del paciente al que se va a realizar la prueba para saber de antemano que activaciones se van a poder llevar a cabo y cuáles no, así poder sacar el mayor rendimiento al registro. Además, como es el caso de la privación de sueño, el paciente requiere una preparación previa; el personal de enfermería por regla general concierta con él la fecha más oportuna (dada la peculiaridad de la prueba) y explica una serie de indicaciones que deben ser cumplidas por parte del paciente y para ello es importante tener en cuenta el perfil del paciente para amoldar dichas indicaciones a la situación personal de cada uno.

En la hiperventilación se le pide al paciente que respire de manera profunda y regular durante aproximadamente 3-5 minutos. Dicha técnica de activación estaría contraindicada en: pacientes añosos, enfermedad cardiaca o pulmonar avanzada, IAM u otras formas de crisis isquémicas recientes, enfermedad de moya moya, accidente cerebrovascular agudo, hemorragia intracraneal, estenosis de grandes vasos, HTA no controlada. Hay que avisar al paciente que tras esta activación pueden aparecer hormigueos en diferentes regiones del cuerpo (muy común en manos, labios), visión borrosa, pitidos de oídos, sensación de mareo... Transmitir que cederán y que son debidos a dicha respiración forzada. Se vigilará el trazado por si hubiese cambios en el mismo durante y una vez finalizada la HV un minuto más aprox.

La fotoestimulación o estimulación lumínica intermitente (ELI) consiste en la aplicación de estímulos luminosos intermitentes en diferentes frecuencias (normalmente de entre 1 a 30 hz) con una luz estroboscópica colocada delante del paciente. Cada frecuencia dura unos 10 segundos aproximadamente y tras estos unos segundos de reposo antes de iniciar la siguiente frecuencia. El paciente puede mantener los ojos cerrados o se le puede indicar primero que mantenga los ojos abiertos y posteriormente cerrarlos. Algunos autores refieren que este cambio fomenta la aparición de respuestas fotosensibles. Las frecuencias más efectivas serían entre 15 Hz y 20Hz. La fotosensibilidad se asocia con crisis tónico-clónico generalizadas. Es importante identificar con rapidez una respuesta foto-

sensible para evitar generar una crisis generalizada. Además, se debería repetir la secuencia para corroborar que no se trata de un evento fortuito y efectivamente se debe a una repuesta fotosensible.

El EEG tras privación de sueño está indicado cuando el EEG estándar en vigilia no muestra descargas epileptiformes, pero hay sospecha. La privación de sueño activa e intensifica cierto tipo de descargas. Este tipo de prueba requiere de una preparación previa, y que el paciente acuda a la misma en unas condiciones previamente explicadas. También es importante amoldar la preparación a cada paciente (teniendo en cuenta la edad, patología previa, condición física y psíquica del paciente...) Se recomienda acordar la fecha con el paciente por la peculiaridad de la prueba y dejar por escrito las indicaciones, así como un teléfono de contacto con la unidad por si surgiesen dudas. Se darán unas recomendaciones generales, pero se tendrá en cuenta cada situación personal por si hubiese que añadir indicaciones personales. Las recomendaciones generales para pacientes adultos serían las siguientes:

- Permanecer 24h sin dormir.
- No tomar excitantes tales como: café, té, bebidas estimulantes, etc
- Traer el pelo seco, sin lacas ni gominas para evitar artefactos. Evitar también accesorios en el pelo y retirar el pelo trenzado.
- No es necesario acudir en ayunas (evitando tomar estimulantes tipo café).
- Tomar medicación habitual evitando benzodiacepinas, barbitúricos, hipnóticos, antidepresivos otros ansiolíticos, sedantes... ya que modifican el trazado y pueden disminuir las posibles descargas si las hubiese.
- Traer ropa cómoda.
- Indicar que la duración de la prueba es de una hora y media aproximadamente, se recomienda acudir al servicio antes de entrar.
- Dispositivos móviles en silencio, modo avión o apagado.
- Tener en cuenta que vendrá sin dormir, se recomienda por ello no conducir.

En la unidad se recomienda colocar carteles que indiquen que se están realizando pruebas de sueño para minimizar los ruidos, evitar que se acceda a la sala y avisar al resto del personal para evitar llamadas a la sala donde se está realizando la prueba.

En cuanto al desarrollo de la prueba de un EEG tras privación de sueño se tendrían en cuenta las mismas consideraciones que para un EEG estándar y posteriormente se añadirían las peculiaridades de EEG tras privación de sueño.

Para el EEG estándar/ basal:

- Revisar si tiene estudios /informes previos.
- Revisar la patología por la que es derivado y otras patologías.

- Informarse sobre la medicación que se le ha administrado previamente a la prueba en caso de paciente ingresados.
- Retirar de audífonos/implante coclear (accesorio externo).
- Comprobar heridas quirúrgicas, drenajes, lesiones en la zona, zonas de craneotomía ...
- Elección de gorro según tamaño.
- Explicar al paciente/familiares la prueba, tiempo de duración, maniobras de activación...
- Colocar gel conductor en los electrodos y comprobar impedancias.
- Animar y facilitar la relajación del paciente para evitar artefactos musculares.
- Explicar las maniobras de activación.
- Procurar un ambiente tranquilo y de ligera penumbra.
- Se empezará el registro y grabado: se pedirá al paciente que cierre los ojos para registrar el ritmo alfa (característico de la zona occipital y zona posterior) que no es tan evidente con ojos abiertos.
- Se anotarán los episodios que pueda sufrir el paciente y síntomas que él nos pueda comentar y se anotarán en tiempo real para posteriormente buscar cambios en el patrón.
- Se anotarán los artefactos debidos al movimiento, deglución, parpadeo, somnolencia, tics...

Se grabará el trazado obtenido durante el reposo en estado basal y además se buscará la reactividad con las maniobras de activación antes mencionadas.

Tras realizar la parte basal en el EEG tras privación de sueño se le indicará al paciente que se ponga cómodo se dejará la habitación a oscuras y se permitirá al paciente que duerma. Se registrará el trazado durante una hora aproximadamente. Se irá comprobando si se duerme y la aparición de las ondas fisiológicas relacionadas con el sueño.

5 Discusión-Conclusión

- Es necesario la estandarización y protocolización de las actividades de enfermería en un servicio de neurofisiología clínica ya que favorece la unificación de criterios, ayuda en la actividad asistencial y facilita el aprendizaje de personal de nueva incorporación.
- Es fundamental indagar previamente la patología actual y previa de cada paciente, así como el nivel de alerta para considerar las activaciones que se deben o pueden realizar en cada paciente, para ello hay que tener claras las contraindicaciones y las indicaciones de cada activación.

- La educación sanitaria realizada por parte de enfermería previa a un EEG tras privación de sueño es esencial para sacar la mayor rentabilidad a la prueba.
- Se recomienda tener un protocolo de registro de llamadas de pacientes a los que se les ha indicado realizar un EEG tras privación de sueño para que queden reflejadas las indicaciones dadas a los pacientes en historia clínica.
- Es esencial conocer el perfil psicológico de cada paciente antes de dar las indicaciones para un EEG tras privación de sueño.
- La consulta donde se realiza los EEG tras privación de sueño debería estar insonorizada, señalizada y el personal ser conocedor de dichas actividades. Además, contar con mobiliario que facilite el sueño.

6 Bibliografía

Lorente, A. L., Barrera, N. M., & Rodríguez, C. L. (2017). Intervención de enfermería para la adecuada preparación según las características del paciente ante la realización de electroencefalograma en privación de sueño. *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud*, 405

Ramos-Argüelles, F., Morales, G., Egozcue, S., Pabón, R. M., & Alonso, M. T. (2009). Técnicas básicas de electroencefalografía: principios y aplicaciones clínicas. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 32, 69–82. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272009000600006>

Sánchez Vigara, E., Carrasco, C., Gómez Martínez, A., Martínez Robledo, A. E., Ródenas Martínez, E., & Marín Sánchez, A. (2006). Actuación de enfermería en un Servicio de Neurofisiología Clínica. *Enfermería global*.

Talamillo, T. (2011). Manual básico para enfermeros en electroencefalografía. *Enfermería docente*, 94, 29-33.

Yamada, T., & Meng, E. (2020). Pruebas neurofisiológicas clínicas. *Electroencefalografía: Guía práctica* (2a ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Capítulo 26

SÍNDROME DE HELLP DURANTE EL EMBARAZO

MONICA VIDAL ARENAS

MARIA GARCIA GONZALEZ

CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ

1 Introducción

El síndrome HELLP es una complicación grave de los trastornos hipertensivos del embarazo. Aparece en pacientes con preeclampsia grave, eclampsia, e hipertensión gestacional mal controlada.

Puede ocurrir durante la gestación (generalmente se manifiesta en el tercer trimestre) o en el puerperio (1).

Se presenta entre el 0,1-0,9% de todas las gestaciones; (normalmente se da entre la semana 27- 37 de gestación), en un 10-20% de todas aquellas con preeclampsia grave, en un 50% con eclampsia (2) y en un 4% durante la etapa del puerperio (1). El síndrome de HELLP se caracteriza por la triada: Hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia (2) Las manifestaciones clínicas, pasan comúnmente por alto, lo que conduce a un mal diagnóstico inicial y a un tratamiento inadecuado (2).

Sus complicaciones pueden llevar a la mortalidad materna, entre el 1% y el 24% de los casos (1), siendo la principal causa de muerte la hemorragia cerebral. Por otro lado, la mortalidad perinatal se encuentra entre el 7% y el 34%, (2) siendo sus principales causas la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), la prematuridad y el desprendimiento de placenta (1).

Es importante brindar un manejo hospitalario multidisciplinar debido a las posibles complicaciones materno-fetales. El tratamiento es sintomático con la finalización del parto entre las primeras 24-48 horas posteriores al diagnóstico (1). Por este motivo, se debe realizar el diagnóstico e inicio del tratamiento de forma precoz para disminuir el riesgo de morbilidad materno-fetal (3).

2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgo causantes de la patología.
- Conocer la etiología, las principales manifestaciones clínicas, pronóstico y prevención del síndrome de HELLP.
- Resaltar la importancia de un diagnóstico precoz para abordar eficientemente la patología
- Clarificar las pautas principales para el manejo de dicha patología

3 Metodología

Se ha realizado una revisión Bibliográfica con un periodo de búsqueda comprendido entre el año 2015-2022, con preferencia de artículos en inglés y en castellano. La base de datos empleada: Pubmed, Cochrane, Google Scholar, Elsevier, Scielo. Tras realizar la búsqueda en las bases de datos mencionadas, con las palabras claves establecidas y los operadores booleanos “AND” y “OR”, 16 artículos han sido consultados y analizados con la herramienta de lectura crítica CASPE. Tras ello, 11 artículos han sido seleccionados, dando preferencia a los objetivos marcados.

4 Resultados

Los resultados obtenidos según los objetivos marcados son los siguientes:

1. Factores de riesgo:

Los factores de riesgo para desarrollar el síndrome de HELLP en un primer embarazo son los mismos de la preeclampsia (3).

Principalmente destacamos:

- ☒ Hipertensión crónica
- ☒ Diabetes
- ☒ Embarazo múltiple
- ☒ Obesidad

✗ IMC elevado, entre otros.

Sin embargo, la principal causa es un embarazo previo donde se hubiera manifestado el síndrome de HELLP. El riesgo de preeclampsia aumenta hasta en un 20% en gestantes con antecedentes previos (3).

Es importante destacar que la expresión proteica y la presencia de mutación genética son factores de riesgo personales que influyen en la aparición del síndrome de HELLP, así como la presencia de antecedentes personales o familiares de algún evento tromboembólico o preeclampsia previa (3).

2. Etiología:

La etiopatogenia del síndrome HELLP continúa siendo desconocida (4). Sin embargo, si consideramos que se trata de una forma severa de preeclampsia, existen diferentes teorías que señalan el inicio de la enfermedad en el daño de la capa íntima endotelial; producido principalmente por la propia hipertensión, complejos inmunes y las alteraciones en la placentación. Los factores genéticos también desempeñan un papel fundamental; ciertos genotipos fetales y maternos confieren un riesgo aumentado de desarrollo y presentación del síndrome de HELLP (5). Este daño endotelial causa ruptura de los glóbulos rojos, que se fragmentan por el paso a rápida velocidad por el endotelio dañado, seguido de una activación y agregación plaquetaria, lo que resulta una isquemia distal y una necrosis hepatocelular (5).

3. Manifestaciones clínicas:

El síndrome HELLP es una grave complicación de la preeclampsia severa/eclampsia, con serias repercusiones para la madre y el feto (5).

Las manifestaciones clínicas, pasan comúnmente por alto, lo que conduce a un mal diagnóstico inicial y a un tratamiento inadecuado. Los signos y síntomas son similares a pacientes que padecen eclampsia- preeclampsia. Sin embargo, pueden encontrarse hallazgos clínicos característicos de la enfermedad; como es la anemia, dolor epigástrico y trombocitopenia, en cuyo caso, pueden presentar: Hematuria, sangrado de las mucosas, hemorragia petequiral, equimosis entre otras.

También se han documentado como síntomas iniciales, episodios de náuseas y vómitos en el 50% de los pacientes. En algunos casos, se han registrado, la aparición de cambios visuales y cefaleas. Por otro lado, la hipertensión suele estar presente en la mayoría de los pacientes. En el 10-15% de los casos de síndrome de HELLP puede no existir hipertensión (6). En cualquier caso, los signos y síntomas iniciales son altamente inespecíficos pudiéndose confundir con otras patologías (5).

4. Diagnóstico:

El síndrome de HELLP suele desarrollarse entre la semana 27- 37 de gestación, sin embargo, un 30% de los casos aparece durante el puerperio, entre las primeras 48 horas y hasta 7 días después (2,7). Alrededor de un 80% de estos casos, presentaron signos de preeclampsia previo al parto.

Es importante destacar que el síndrome de HELLP es una entidad distinta a la preeclampsia, y en el caso del síndrome, la presión arterial no se debe utilizar para predecir su progresión (2,7).

Entre los principales síntomas descritos, se encuentran: Dolor en cuadrante superior derecho del abdomen (86%), acompañado o no de cefalea, vómitos, náuseas, omalgia derecha, malestar general, alteraciones visuales, alteraciones auditivas y hematuria entre otras.

Asimismo, cabe resaltar que la variabilidad e intensidad de los síntomas es individualizada con una tendencia al empeoramiento por la noche y una recuperación parcial por la mañana (2).

Su diagnóstico se basa en la triada clásica: Anemia microangiopática, aumento de las enzimas hepáticas y trombocitopenia. En el laboratorio se puede destacar una elevación de transaminasas mayor a 2 veces el límite superior, plaquetas por debajo de

100000/mm³, DHL mayor a 600 U/L y dos de los siguientes criterios de hemólisis: Haptoglobina sérica baja, bilirrubina total mayor a 1,2 mg/dl, anemia severa y frotis con esquistocitos y equinocitos (2,3).

El marcador más comúnmente utilizado para diagnosticar hemólisis es el DHL. En un principio, el 90% son asintomáticas y luego inician con sintomatología inespecífica.

Un 50% de las pacientes inician con un aumento de peso desproporcionado y edema generalizado (3).

El estudio de imagen como TAC está únicamente indicado con sospecha de hematoma hepático: dolor epigástrico severo, en hipocondrio derecho, hipotensión o ascitis (3)

5. Pronóstico:

El pronóstico en pacientes con síndrome de HELLP, está relacionado con el momento en el que se establece el diagnóstico y con la atención terapéutica temprana (2,5).

La detección precoz aumenta el pronóstico favorable en la evolución materno – perinatal (11).

En la mayoría de los casos se consigue una recuperación del estado basal de la función hepática, continuando con controles durante 5 años (2). Por otro lado, las plaquetas continúan disminuyendo hasta el tercer día postparto, con una tendencia a mejorar conforme va pasando el tiempo.

El riesgo de desarrollar el síndrome de HELLP en un embarazo posterior de una paciente con dicho síndrome es del 19-27% (2). Además, se describe hasta un 43% de riesgo de presentar preeclampsia en los próximos embarazos.

Finalmente, destacar la importancia de un buen control de signos y síntomas tempranos, sobre todo en pacientes con sospecha de preeclampsia, síndrome de HELLP previo o factores de riesgo asociados (2).

6. Prevención:

La prevención está destinada no solo a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a detener su avance y a disminuir sus consecuencias una vez instaurada.

Las actividades preventivas, se pueden clasificar en tres niveles (5):

☒ Prevención primaria:

Esta prevención consiste en medidas orientadas a evitar la aparición de la enfermedad mediante el control de los factores causales/condicionantes/predisponentes.

En el síndrome de HELLP, este nivel de prevención consiste en mejorar y promover el acceso al control prenatal y a su propia calidad, siendo así una medida costo-efectiva.

☒ Prevención secundaria:

Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad. El objetivo consiste en identificar el síndrome lo antes posible, para obtener así un margen óptimo de actuación y evitar posibles complicaciones fatales para la madre y el bebé.

☒ Prevención terciaria:

Una vez que se diagnostica la enfermedad, pasamos a la prevención terciaria, la cual está destinada a su recuperación, mediante un correcto tratamiento; que incluye rehabilitación física y psicológica. En este nivel son fundamentales el control y seguimiento del paciente (5).

Se ha demostrado la evidencia del uso temprano de Aspirina en dosis bajas como tratamiento preventivo, en pacientes con antecedentes del síndrome de HELLP, trastornos hipertensivos o hipertensión crónica. (Su uso disminuye la incidencia de preeclampsia temprana en pacientes de riesgo) (2).

Otra medida preventiva, es tener un alto índice de sospecha cuando una embarazada presente manifestaciones clínicas compatibles con la patología. Para lograr un diagnóstico precoz y un tratamiento eficaz (2).

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de HELLP es una patología poco común, de afectación multi-sistémica, derivada de los trastornos hipertensivos del embarazo, con una elevada morbimortalidad tanto materna como fetal.

Es de suma importancia de realizar un diagnóstico precoz, con una identificación clara de los síntomas, para garantizar un óptimo abordaje de la patología.

El manejo del síndrome de HELLP, consiste en ingreso hospitalario inmediato, siguiendo el mismo protocolo de preeclampsia severa, basado en antihipertensivos, corticoesteroides y sulfato de magnesio, siempre controlando el grado de bienestar materno y fetal. Si el embarazo es mayor a 34 semanas, debe finalizarse la gestación de manera inmediata; si es menor a 34 semanas, se debe iniciar maduración pulmonar, y una vez estable, iniciar el trabajo de parto (3).

Concluimos, resaltando la importancia de una detección y abordaje temprano de la patología, para poder instaurar un tratamiento eficaz y así garantizar el bienestar y la seguridad en las pacientes con síndrome de HELLP.

6 Bibliografía

1. Monge-Von Herold C. Síndrome de HELLP. Revista médica Sinergia. 2018; 3(1): 13-16.
2. Agüero-Sánchez A, Kourbanov-Steller S, Polanco-Méndez D, Ramírez-Garita J, Salas-Garita F. Actualización y conceptos clave del síndrome de HELLP. Revista Ciencia y salud: Integrando conocimientos. 2020; 4 (3): 65-74.
3. Araya-Calvo P, Araya- Villavicencio S, González- Carvajal C. Síndrome de HELLP, una triada que puede llegar a ser mortal, revisión breve. Revista médica Sinergia. 2022; 7(7).
4. Arigita Lastra M, Martínez Fernández GS. Síndrome HELLP: controversias y pronóstico. 2020; 37(4): 147-151.
5. Bracamonte-Peniche J, López-Bolio V, Mendicuti-Carrillo M, Ponce-Puerto J, Sanabrais-López M, Mendez-Dominguez N. Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp. Revista biomédica. 2018;29(2): 34-38.
6. Peguero A, Mazarico E, Hernandez S, Meler E, Ferrer P, Gómez-Roig D. Protocolo de Hipertensión y gestación. Hospital Clínic. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Última actualización: 29/09/2022.

7. Rimaitis K, Grauslyte L, Zavackiene A, Baliuliene V, Nadisauskiene R, Macas A. Diagnosis of HELLP Syndrome: A 10-Year Survey in a Perinatology Centre. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(1):109.
8. Szczepanski J, Griffin A, Novotny S, Wallace K. Acute Kidney Injury in Pregnancies Complicated With Preeclampsia or HELLP Syndrome. *Frontiers in Medicine*. 2020;7(22).
9. Sibai B. HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets). *UpToDate*. 2023 (citado 06/2023).
10. Henríquez-Villaseca MP, Catalán-Barahona A, Lattus-Olmos J, Vargas-Valdebenito K, Silva-Ruz S. Hematoma subcapsular hepático roto en síndrome HELLP. *Rev Med Chile* 2018; 146: 753-761.
11. Borrego Cabezas L, Matas Rodríguez C, Fresno Serrano M. Actualización en el manejo del síndrome de HELLP. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2022

Capítulo 27

CUIDADOS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN ARTROPLASTIA DE CADERA

NAZARET SOTO LABRA

1 Introducción

La artroplastia de cadera se define como la intervención quirúrgica en la cual se reemplaza esta misma con una prótesis, se realiza un estudio de su anatomía y signos clínicos de desgaste; mejorando así la movilización y reduciendo el dolor del paciente.

Los principales factores de riesgos a la hora de realizar la intervención quirúrgica son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, alto índice de masa corporal (obesidad o sobrepeso) y tabaquismo.

En cuanto a su epidemiología a nivel mundial, la principal artroplastia es la de cadera, seguida de la de rodilla.

Establecer un plan de cuidados enfermero cuya valoración posibilite el generar diagnósticos que con sus consecuentes intervenciones, alcancen los objetivos, va a favorecer la calidad de vida del paciente.

Existen numerosas complicaciones, una de ellas es la infección de la herida quirúrgica cuya observación de signos o síntomas clínicos, valoración adecuada y cuidado aséptico van a reducir dicho riesgo.

También es de suma importancia las adaptaciones que el paciente debe aplicar en su ámbito social, estas son entre otras muchas: en el domicilio tras la intervención

quirúrgica, la adaptación entorno a su vida diaria y otras recomendaciones que van a evitar que se produzcan complicaciones derivadas de posturas o movilidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar las recomendaciones sanitarias sobre los cuidados enfermeros que precisa un paciente con artroplastia de cadera.

Objetivos secundarios:

- Describir el nivel de conocimiento de signos y síntomas post- intervención.
- Identificar métodos de prevención de complicaciones post-intervención quirúrgica.

3 Metodología

Con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados, se establece una revisión narrativa. Una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Dialnet y Google Académico.

Como palabras clave se han utilizado “cuidados”, “enfermería”, “paciente”, “artroplastia”, “complicaciones” y “cadera”. “Care”, “nursing”, “patient”, “arthroplasty”, “complications” and “hip” Como criterio de inclusión se han seleccionado artículos de revisión y artículos de revista; en inglés y español, desde 2022.

4 Resultados

En el paciente que se ha intervenido de una artroplastia de cadera, mediante la observación individualizada, exploración física y la historia clínica del mismo, se realiza una valoración en la cual, están presentes signos o síntomas que, entre otros, coinciden a través de numerosos artículos; estos son: dolor agudo, el riesgo de infección del sitio quirúrgico y el discomfort.

El dolor agudo se considera como una experiencia emocional y sensitiva desagradable, de intensidad y duración variable. El dolor mal controlado, puede ocasionar un empeoramiento y consiguiente retraso del alta del paciente. Sin

unos cuidados de calidad enfermeros entorno a este dolor agudo, puede desencadenar un dolor post-intervención crónico que evitaría la mejoría de la calidad de vida del paciente.

Según casos clínicos y diagnósticos NANDA con sus consecuentes intervenciones y objetivos, la enfermería es fundamental en el manejo del dolor con la administración de analgésicos (horarios, dosis previas, constantes vitales, comprobar alergias) apoyo emocional, confort, higiene y seguridad del paciente.

El riesgo de infección y su prevención es indispensable. Es una de las primeras y más relevantes complicaciones. La colonización de microorganismos patógenos en la zona quirúrgica, comprometerá la salud del paciente.

El cuidado de las heridas, realizando monitorización de sus características (líquido, color y olor); y cambio del apósito en función del exudado de la herida, es primordial. Así como una cura adecuada con lavado y aplicación de antiséptico en función de su estado. El cambio de apósito, así como la cura, ha de ser aséptica, y la primera vez que se realice, ha de ser preferiblemente en 48 h post-quirúrgicas.

El malestar o disconfort es la falta de tranquilidad tanto física como psico-espiritual, ambiental, cultural o social. Causa de dolor o molestia que afecta a su movilidad y autonomía.

Su abordaje se basa en generar tranquilidad en el paciente y campo ambiental, con seguridad y comodidad, ya que como Florence Nightingale expone, el entorno es fundamental con la recuperación del paciente. La reducción de la ansiedad debido a la actividad enfermera individualizada mejora el confort atendiendo a la salud mental del mismo.

En cuanto a las adaptaciones que debe tener en cuenta el paciente a la hora del alta, estas han de ser:

- En el hogar: altura adecuada de los asientos y eliminar alfombras o cables que produzcan tropiezos o caídas. Establecer suelo anti-deslizante en ducha y baño; es de suma importancia.
- En la vida diaria: andador, muletas, calzado sujeto al pie y vestirse siempre primero la pierna intervenida.
- Entorno a la postura: destacamos evitar cruzar las piernas o lateralizar la intervención, no agacharse y evitar dormir boca abajo o sobre el miembro intervenido.

5 Discusión-Conclusión

La artroplastia de cadera, se considera una intervención quirúrgica segura, aunque una de sus complicaciones más importantes como la de una infección en la herida quirúrgica puede aumentar la morbi-mortalidad del paciente.

Para la prestación de cuidados enfermeros de calidad en el paciente con artroplastia de cadera, es indispensable conocer cuáles son los signos o síntomas más comunes en los pacientes intervenidos; para así realizar un plan de cuidados enfermero que lo aborde con una detección clara de complicaciones que pueden estar presentes.

Mediante el proceso de atención enfermero que brinde cuidados de forma oportuna, eficiente y humanista, realizando una valoración en la que mediante intervenciones se cumplan objetivos dentro de sus diagnósticos, logra garantizar la recuperación y pronóstico favorable del paciente.

6 Bibliografía

1. Beltrán REA, Gamboa MSR, Mera BV, Lozada GTC. Plan de cuidados de enfermería pacientes postquirúrgicos de artroplastia de cadera. Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies. 30 de noviembre de 2022;3(8):50-61.
2. Investigación RS. Proceso de atención enfermera en paciente con herida quirúrgica complicada. [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-enfermera-en-paciente-con-herida-quirurgica-complicada/>
3. Investigación RS. Plan de cuidados para un paciente a intervenir de prótesis de cadera. [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-para-un-paciente-a-intervenir-de-protesis-de-cadera/>
4. Cardenal Martínez, A.J., Arredondo Provecho, A.B., Cuidados de Enfermería durante el periodo operatorio de la artroplastia de cadera. Conocimiento Enfermero 15 (2022): 42-4

Capítulo 28

CUIDADOS ENFERMEROS EN PACIENTE CON COLOSTOMÍA

NAZARET SOTO LABRA

1 Introducción

La colostomía se basa en una intervención quirúrgica temporal o definitiva, mediante la que se realiza una derivación intestinal por resección el colon por completo o parte de él. Es decir, la ostomía es la abertura quirúrgica (estoma) del intestino o colon a través de la pared abdominal.

La primera causa de intervención es el cáncer colon o de recto, lo cual requiere una derivación intestinal por resección completa o parcial.

La enfermera que aporte cuidados asistenciales a los pacientes colostomizados, debe atender tanto a las necesidades del mismo como a su ámbito familiar y social, brindando un apoyo psicológico que no se centre en cuidados clínicos, sino que favorezca el proceso de adaptación y cambio del paciente a su nuevo estilo de vida.

Las colostomías se diferencian en función de su localización: ascendente, transversa, transversa de doble boca, descendente y sigmoidea.

La enfermería, así como su asistencia individualizada y la posterior educación para cuidados domiciliarios a los pacientes portadores de colostomía, es fundamental.

Tal y como aporta la Revista Sanitaria de Investigación en su caso clínico, teniendo en cuenta los antecedentes y la valoración según las necesidades de Vir-

ginia Henderson, se establecen una serie de diagnósticos NANDA e intervenciones aplicables a numerosos casos que cumplen objetivos presentes en la mayoría.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar las recomendaciones sanitarias sobre los cuidados enfermeros que precisa un paciente con colostomía permanente.

Objetivos secundarios:

- Describir el nivel de conocimientos clínicos de la colostomía permanente.
- Identificar métodos de prevención de complicaciones en el estoma.

3 Metodología

Con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados, se establece una revisión narrativa. Una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Dialnet y Google Académico.

Como palabras clave se han utilizado “cuidados”, “enfermería”, “paciente”, “ostomizado” y “colostomía”. “Care”, “nursing”, “patient”, “ostomized” and “colostomy”. Como criterio de inclusión se han seleccionado artículos de revisión, artículos de revista y póster; en inglés y español, desde 2022.

4 Resultados

En la colostomía, el riesgo de deterioro de integridad cutánea relacionado con la humedad, estado de la piel periestomal y excreciones, precisa un autocuidado y una detección del riesgo que, mediante las intervenciones como: cambio de la bolsa, vaciado y reconocimiento de signos y síntomas, se reduce dicho riesgo.

El riesgo de infección relacionado con el estoma reciente es muy frecuente, precisa un control de la infección, mantener una integridad tisular de piel y mucosas; y una detección del riesgo. Mediante las intervenciones de cuidado de heridas, control de infecciones y protección; paliamos la exposición a la infección.

En el ámbito psicológico de un paciente ostomizado, puede verse afectada su ansiedad o baja autoestima, puede presentar preocupación tras la intervención, nerviosismo, pena, depresión... Es decir, en muchas ocasiones, supone un impacto negativo en la calidad de vida del paciente.

Con buena información, comprensión del problema tras la búsqueda de apoyo, mantener la estima de forma positiva atribuyendo el problema a causas externas y el afrontamiento directo y activo de la situación para su dominio; son estrategias que ayudadas el soporte profesional y el apoyo familiar pueden revertir dicho impacto negativo del paciente.

En la realización de cambio y cuidado de la bolsa de colostomía es imprescindible que el paciente no presente dolor para que así, se establezca un correcto aprendizaje.

La elección de la bolsa, ha de ser en función del tipo, tamaño, consistencia de heces y necesidades del paciente. Es imprescindible el buen ajuste y recorte del disco adhesivo periestoma así como el correcto lavado de manos previo al proceso.

El indispensable que la bolsa anterior se retire de arriba abajo, sin tirones o lesiones. A continuación, se realiza el lavado con jabón neutro y el secado a toques, finalmente se colocará el disco adhesivo o la pieza entera con bolsa, si es única.

Existen pastas moldeables, crema barrera, etc; que hace que su uso sea más dinámico. Así como una dieta adecuada que disminuya la formación de gases, comer despacio y beber líquidos es fundamental.

El estoma sano debe de tener una coloración rojiza, debe estar húmedo, abombado por encima del abdomen, ha de ser insensible, funcionante e involuntario.

En cuanto a juicio asistencial en el post-operatorio reciente, es signo de complicación, hemorragia, edema, evisceración, fiebre, infección, dehiscencia, retracción o coloración violácea del estoma. En el post-operatorio tardío: diarrea, deshidratación, ausencia de deposiciones, ausencia de tránsito de gases, náuseas, granulomas, dermatitis o distensión abdominal.

5 Discusión-Conclusión

La enfermería juega un papel fundamental en el cuidado y educación del paciente colostomizado, tanto de forma autónoma como multidisciplinar.

La enfermera proporciona al paciente la información necesaria para resolución de dudas que surgen pre y post- intervención. Es un recurso en la estancia del paciente durante su ingreso, así como un pilar en el fomento del apoyo familiar y psicológico del paciente, ya que se encuentra con un cambio en su calidad de vida.

La formación del personal sanitario en la detección de las complicaciones, así como el establecimiento de un plan de cuidados adecuado para el abordaje individualizado es primordial para asegurar cuidados enfermeros de calidad.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Plan de cuidados paciente ostomizado. [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-paciente-ostomizado/>
2. Vázquez Álvarez A, NPunto. EL PACIENTE OSTOMIZADO: ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y CUIDADOS DEL ESTOMA. EL PACIENTE OSTOMIZADO: ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y CUIDADOS DEL ESTOMA. 22 de febrero de 2022;137(137):1-137.
3. Segovia Monga MC, Guamushig Tipan AE, Moreta Moreta KJ, Gómez Martínez N. Intervenciones de enfermería en pacientes con colostomía. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida. 2022;6(Extra 1):24-33.
4. Díez Varela F. EDUCACION SANITARIA EN COLOSTOMIA. Bloque quirúrgico Hospital San Pedro, Logroño (La Rioja). Disponible en: <https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2022/09/ii-congreso-de-cuidados-dando-voz-al-cuidado/poster-ii-congreso-de-cuidados-dando-voz-al-cuidado/EDUCACIONSANITARIAENCOLOSTOMIA.pdf> [citado 12 de septiembre de 2023].

Capítulo 29

LA OSTEOPOROSIS

ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ

JUAN GARCÍA GALÁN

ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ

LAURA BALLESTEROS JEREZ

PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ

1 Introducción

La osteoporosis es una de las enfermedades más comunes. Se trata de una reducción en la densidad ósea, la cual puede producir a tener un mayor riesgo de fracturas.

Lo primero que se debe tener en cuenta, es que los huesos femeninos por regla general son más finos y frágiles que los masculinos, sobre todo cuando finaliza su periodo de menstruación, ya que se va deteniendo el proceso de ovulación, disminuyendo así la generación de estrógenos, ejerciendo un efecto regulador en la metabolización del hueso, formando un esqueleto más frágil.

Por lo que la mujer, cuando afronta los últimos años de su vida reproductiva y la menopausia ya es una realidad, la pérdida de masa ósea se intensifica de manera considerable. Es decir, a partir de esta edad los huesos son más frágiles, por lo que quedan expuestos a diversas enfermedades, como la osteoporosis.

Existen diversos instrumentos destinados a evaluar la calidad de vida, denominados cuestionarios, que debido a sus características se han clasificado en dos tipos:

generales, los cuales evalúan el funcionamiento del individuo en las esferas física, emocional y social. Y los específicos que se encargan se analizan el impacto que ejerce una patología determinada y sus síntomas, en cuanto a la calidad de vida de una paciente.

2 Objetivos

- Describir el manejo de la osteoporosis en las mujeres posmenopáusicas.

3 Metodología

Se ha elaborado una búsqueda bibliográfica, donde se han utilizado artículos, documentos y resúmenes de los últimos 5 años, algunos artículos seleccionados han sido de años anteriores a las fechas establecidas. Elegidos en diversas bases de datos como PubMed, Elsevier, SciELO, PMC.

4 Resultados

La osteoporosis es una enfermedad esquelética sistémica, con características de baja masa ósea y deterioro microarquitectural del tejido óseo, y común en todo el mundo, afectando tanto ancianos, mujeres, niños y jóvenes. Las cuales pueden ser desbastadoras, ya que son más comunes entre las mujeres mayores, con osteoporosis posmenopáusica.(1)

Esta enfermedad es prevenible y tratable, aunque aumenta exponencialmente a lo larga de la vida, al igual que el riesgo de sus consecuencias, incluyendo un deterioro funcional, institucional, incluso de mortalidad, pero la falta de signos de alerta previos a la aparición de fracturas, llevando a que muchos pacientes no sean diagnosticados en fases tempranas y tratados de forma precoz y efectiva.(2) Por lo que a pesar de los avances conseguidos en el diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteoporosis, esta enfermedad sigue siendo un problema sociosanitario y económico. Y se estima que su prevalencia aumente debido al envejecimiento.

Parece evidente que para tratar la osteoporosis y llevar un mejor estilo de vida durante la edad madura, la mejor estrategia es adoptar las medidas preventivas, como hábitos saludables, una alimentación rica en calcio y minerales, y la práctica de ejercicio físico.

El impacto biopsicosocial de la osteoporosis, radica que una vez que se tenga la fractura, se incrementa la tasa de reposo, discapacidad e invalidez, la disminución en el trabajo, aumento de las cargas familiares, alteración de la integridad social, depresión y en casos graves y complejos los suicidios.

Debido a la importancia social, se establece la calidad de vida en las mujeres con diagnóstico de osteoporosis posmenopáusica, como una forma de entender mejor a la población, su necesidad y problemas. Con el objetivo de concienciar y alcanzar la mejora de sus necesidades.

Puesto que la osteoporosis genera un gran impacto en la población en cuanto a la disminución en la productividad y vida útil, es considerado un problema de salud pública, prevenible y susceptible de ser diagnosticado y tratado antes de que ocurra más complicaciones.

La disminución progresiva de la densidad ósea, ya sea tanto axial como periférica, se relaciona con la posibilidad de la aparición de fracturas vertebrales y de extremidades, las primeras con mayor frecuencia y las últimas de mayor gravedad, especialmente las de cadera. Simulando, por lo tanto, a la capacidad física y el trabajo útil, como la integración social y el elemento psicológico, implantando de esta manera un vínculo entre las fracturas por osteoporosis y un déficit de la calidad de vida. (3)

Con respecto a los factores preventivos y nutricionales, los agentes farmacéuticos dirigidos a la DMO (densidad mineral ósea) son la primera línea de tratamiento para la osteoporosis porque producen el riesgo de fracturas. Los productos farmacéuticos tampoco tienen efecto sobre factores clave de riesgo de fractura, como la fuerza muscular, la potencia muscular, el equilibrio dinámico, la coordinación y el rendimiento funcional general, lo cual se ha asociado con un mayor riesgo de caídas y fracturas.

El entrenamiento físico es la única estrategia que puede mejorar todos los factores de riesgo de fractura modificables (fuerza ósea, riesgo de caída, impacto de caída), pero debe prescribirse de manera adecuada y mantener la adherencia. Esta revisión proporciona una visión general de los principios clave del entrenamiento y las características de las pautas de ejercicio subyacentes actuales para la prevención de la osteoporosis y las fracturas por fragilidad, también se ha demostrado que el entrenamiento físico influye en la masa ósea, la estructura y la fuerza, y reduce el riesgo en mujeres posmenopáusicas y mayores. Hacer ejercicios como caminar y ejercicio aeróbico, entrenamiento de resistencia progresivo, entrenamiento de potencia de alta velocidad, ejercicio de impacto con carga de peso, entrenamiento con ejercicios multimodales.(4)

Por otro lado, es imprescindible tener una buena nutrición, con el objetivo de

prevenir la osteoporosis son:

- El calcio aportado por la dieta es fundamental para conseguir una correcta mineralización del hueso y mantener una correcta mineralización del hueso y mantener su calidad y cantidad, además el calcio tiene diversas funciones biológicas celulares importantes para un buen funcionamiento del organismo, por lo que debe mantenerse siempre dentro del rango.
- Vitamina D es fundamental para la absorción y el metabolismo del calcio, su deficiencia es un factor decisivo para el desarrollo de la osteoporosis. Si la absorción intestinal de calcio está disminuida, se estimula la secreción de la hormona paratiroidea (PTH), provocando un hiperatiroidismo secundario para obtener así el calcio del hueso y llevarlo al medio extracelular.

La vitamina D, no solo interviene en la homeostasis del calcio, sino que también influye en el tono y en la contracción muscular.

- Vitamina K es un factor esencial en el proceso de coagulación; pero también en la activación de proteínas óseas como la osteocalcina.
- Los lácteos, el zinc y el magnesio también están incluidos.

También hay nutrientes desfavorables para la salud del hueso, como la vitamina A, que en dosis altas incita o inhibe los osteoclastos.

La ingesta de sal, está asociada al aumento en la pérdida urinaria de calcio, al igual que la ingesta elevada de proteínas, la cual puede ser perjudicial por la descalcificación del hueso, causando enfermedades renales.

El alcohol y el tabaco, favorecen la pérdida de masa ósea, disminuyendo la absorción del calcio y la acelerando la excreción urinaria, como es el caso del tabaquismo. (5)

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica realizada, se observa que la osteoporosis, afecta tanto a hombres como a mujeres, siendo las mujeres el sexo que más predomina en esta enfermedad degenerativa.

Ya que hay factores que provocan una mayor probabilidad de padecer osteoporosis en mujeres, como factores de condición biológica del cuerpo femenino y algunas de las etapas de maduración que el organismo atraviesa a lo largo de la vida.

Por lo que a pesar de los avances conseguidos en el diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteoporosis, esta enfermedad sigue siendo un problema sociosanitario y económico. Y se estima que su prevalencia aumente debido al envejecimiento. Por lo que parece evidente que para tratar la osteoporosis y llevar

un mejor estilo de vida durante la edad madura, la mejor estrategia es adoptar las medidas preventivas, como hábitos saludables, una alimentación rica en calcio y minerales, y la práctica de ejercicio físico.

6 Bibliografía

1. Black D, Rosen C. Postmenopausal Osteoporosis. N Engl J Med 2016; 374:254-62. DOI10.1056/NEJMcp1513724
2. Berry SD, Kiel DP, Colón-Emeric C. Hip Fractures in Older Adults in 2019.2019. JAMA. 321(22):2231-2232. doi: 10.1001/jama.2019.5453.
3. G. Sofía Oviedo. Osteoporosis secundaria. tratamiento actualizado. Revista Médica Clínica Las Condes.2013.Vol.24.Núm.5.páginas805-811. DOI: 10.1016/S0716-8640(13)70227-X
4. Daly RM, Dalla Via J, Duckham RL, Fraser SF, Helge EW. Exercise for the prevention of osteoporosis in postmenopausal women: an evidence-based guide to the optimal prescription. Braz J Phys Ther.2019. 23(2):170-180.
5. Martín Jiménez JA, Consuegra Moya B, Martín Jiménez MT. [Nutritional factors in preventing osteoporosis]. Nutr Hosp. 2015. 32 Suppl 1:49-55 doi: 10.3305/nh.2015.32.sup1.9480.

Capítulo 30

IMPACTO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO

SARA MARTINEZ HUERTA

ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ

IRENE LÓPEZ LENCINA

ROCIO IBAÑEZ GARCIA

1 Introducción

La hospitalización, por su propia naturaleza, puede ser una experiencia altamente estresante y emocionalmente perturbadora para muchos pacientes. Además de las preocupaciones médicas y físicas evidentes, muchos pacientes experimentan síntomas significativos de ansiedad y depresión durante su estancia en el hospital. Estos síntomas, aunque a menudo subestimados, pueden afectar negativamente su recuperación, su capacidad para participar activamente en su propio cuidado y su bienestar general. Por ello, es imperativo que el equipo de salud reconozca

y aborde eficazmente estos aspectos emocionales y psicológicos, que a menudo se entrelazan con las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Dentro del equipo multidisciplinario de atención en salud, las enfermeras desempeñan un papel central, ya que suelen ser los profesionales que pasan más tiempo en contacto directo con el paciente. Este contacto continuo, combinado con la formación y habilidades específicas de las enfermeras, las coloca en una posición única para identificar y responder a las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes.

A lo largo de los años, diversas intervenciones de enfermería han sido diseñadas y aplicadas con el propósito de reducir síntomas de ansiedad o depresión en pacientes hospitalizados. Estas intervenciones van desde técnicas de comunicación terapéutica, educación al paciente, hasta terapias complementarias como la musicoterapia o técnicas de relajación. Sin embargo, la eficacia y el impacto real de estas intervenciones en el contexto hospitalario todavía son objeto de debate y estudio en la comunidad científica.

Es en este escenario donde surge la necesidad de examinar, con un enfoque riguroso y detallado, el verdadero impacto de las intervenciones de enfermería en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión en esta población. Esta investigación busca no solo identificar qué intervenciones son más eficaces, sino también entender cómo y por qué funcionan, y cómo pueden ser integradas y adaptadas en diferentes contextos hospitalarios para proporcionar una atención verdaderamente holística.

2 Objetivos

- Identificar y describir las intervenciones de enfermería más efectivas para la reducción de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados.
- Evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería en la mejora de la calidad de vida y el bienestar emocional de los pacientes hospitalizados que presentan síntomas de ansiedad o depresión.
- Establecer las correlaciones entre la frecuencia, intensidad y duración de las intervenciones de enfermería y la disminución de los niveles de ansiedad o depresión en el contexto 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

A lo largo de la investigación, se observó un impacto significativo de las intervenciones de enfermería en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. El grupo experimental, que recibió intervenciones específicas de enfermería, mostró una mejora notable en comparación con el grupo control, que recibió cuidados estándar.

Los pacientes que fueron parte del grupo experimental reportaron una disminución en la intensidad de los síntomas de ansiedad y depresión tras las intervenciones. Estos resultados reflejan la eficacia de las prácticas de enfermería en abordar no solo las necesidades físicas de los pacientes, sino también sus necesidades emocionales y psicológicas.

Más allá de la reducción de los síntomas, se percibió una mejora en el bienestar general de los pacientes en el grupo experimental. Muchos de ellos compartieron feedback positivo sobre su experiencia, mencionando una sensación de mayor comprensión, apoyo y acompañamiento durante su estancia hospitalaria. Este feedback resalta la importancia de las intervenciones personalizadas y el impacto que estas pueden tener en el bienestar general del paciente.

Adicionalmente, se pudo observar que la duración y frecuencia de las intervenciones de enfermería estuvieron directamente relacionadas con la magnitud de la mejoría en los pacientes. Aquellos que recibieron sesiones más prolongadas y frecuentes de cuidados reportaron mayores beneficios, lo que sugiere que la duración y la consistencia en la atención son factores clave para maximizar los resultados positivos.

Aunque estos resultados son prometedores, es crucial considerar que la eficacia de las intervenciones puede variar dependiendo de la naturaleza individual de cada paciente y de otros factores contextuales del entorno hospitalario. Sin embargo, estos hallazgos proporcionan una base sólida para argumentar a favor de

la incorporación y ampliación de intervenciones de enfermería dirigidas a reducir la ansiedad y la depresión en entornos hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

En el intrincado entramado de la atención hospitalaria, la complejidad emocional y psicológica de los pacientes tiende a entrelazarse de manera inseparable con su situación clínica. A la luz de los hallazgos presentados, emerge con claridad la trascendencia de las intervenciones de enfermería en la modulación y mitigación de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados.

El alivio sintomático evidenciado en el grupo experimental, comparativamente superior al del grupo control, postula una significativa correlación entre intervenciones específicas y el bienestar emocional del paciente. Este hallazgo reafirma la tesis de varios estudios precedentes que ya habían insinuado la influencia positiva de las intervenciones de enfermería en el panorama psicoemocional del paciente. No obstante, cabe reflexionar sobre la variabilidad intrínseca de la respuesta individual ante dichas intervenciones, lo que puede influir en la heterogeneidad de los resultados.

La duración y frecuencia de las intervenciones, en directa consonancia con la magnitud de la mejoría, sugieren que la intensidad y constancia del cuidado desempeñan un papel axiológico en la efectividad de las mismas. No es solo la naturaleza de la intervención lo que importa, sino también su persistencia y profundidad.

Es menester reconocer, sin embargo, que la extrapolación de estos hallazgos requiere de cautela. El contexto clínico y la idiosincrasia de cada paciente, sumados a los multifacéticos determinantes de la salud mental, conllevan a una interpretación matizada de los resultados.

Concluyendo, las intervenciones de enfermería representan una herramienta formidable y esencial en el arsenal terapéutico para el manejo de síntomas de ansiedad y depresión en el contexto hospitalario. Aunque se necesitarán investigaciones adicionales para determinar las mejores prácticas y adaptaciones específicas, el valor de estas intervenciones es incontestable y aboga por una integración más profunda en los protocolos clínicos estandarizados.

6 Bibliografía

1. "Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems" por Sharon L. Lewis, Shannon Ruff Dirksen, Margaret M. Heitkemper, Linda Bucher.
2. "Psychiatric Nursing: Assessment, Care Plans, and Medications" por Mary C. Townsend y Karyn I. Morgan.
3. "Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care" por Elizabeth M. Varcarolis.
4. "Holistic Nursing: A Handbook for Practice" por Barbara Montgomery Dossey y Lynn Keegan.

Capítulo 31

ESTUDIO DE ENFERMERÍA SOBRE LA EFICACIA DE APLICACIONES MÓVILES EN LA EDUCACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES

JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO

ROCIO IBAÑEZ GARCIA

SARA MARTINEZ HUERTA

ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ

IRENE LÓPEZ LENCINA

1 Introducción

En la era contemporánea, marcada por la vertiginosa evolución de la tecnología y la integración digital en casi todos los aspectos de la vida cotidiana, la salud no ha sido la excepción. Las aplicaciones móviles de salud, conocidas comúnmente como "mHealth", han emergido como herramientas potenciales para transformar la manera en que se presta atención médica y se educa a los pacientes. Desde recordatorios de medicamentos hasta tutoriales interactivos sobre enfermedades crónicas, estas aplicaciones prometen una atención más personalizada, interactiva y, sobre todo, accesible en la palma de la mano del paciente.

Dentro de este marco tecnológico en evolución, la enfermería, siempre en la vanguardia del cuidado paciente-centrado, encuentra un nuevo horizonte para explorar y adaptar. Las enfermeras, en su rol esencial de educadoras y defensoras de la salud del paciente, tienen la oportunidad y el desafío de integrar estas herramientas digitales en su práctica, buscando maximizar los beneficios y minimizar las barreras que puedan surgir.

No obstante, a pesar de la prevalencia creciente y la popularidad de las aplicaciones móviles en el ámbito de la salud, es imperativo examinar su eficacia real. ¿Son realmente efectivas estas aplicaciones al momento de educar y hacer seguimiento a los pacientes? ¿Cuál es el impacto tangible en la adherencia al tratamiento, la comprensión de la enfermedad y, en última instancia, en los resultados de salud?

Esta investigación tiene como objetivo abordar estas cuestiones desde una perspectiva de enfermería, analizando la eficacia de las aplicaciones móviles en la educación y seguimiento de pacientes. Se busca entender no solo si estas herramientas digitales son beneficiosas, sino también cómo se pueden optimizar para adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente y cómo el personal de enfermería puede ser capacitado de manera efectiva para su implementación.

A medida que la atención sanitaria avanza hacia un modelo más digitalizado y centrado en el paciente, es fundamental que los profesionales de enfermería estén equipados con el conocimiento y las habilidades necesarias para navegar este paisaje cambiante, garantizando siempre una atención de calidad y un enfoque humanista.

2 Objetivos

Evaluar la Eficacia de las Aplicaciones Móviles: Determinar hasta qué punto las aplicaciones móviles utilizadas en el ámbito de la salud contribuyen a la mejora en la educación de los pacientes respecto a su patología, tratamiento y autocuidado, comparando grupos de pacientes que utilizan estas aplicaciones con aquellos que no lo hacen.

3 Metodología

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

ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 exploración de la eficacia de las aplicaciones móviles en la educación y seguimiento de pacientes desde una perspectiva de enfermería arrojó una serie de hallazgos significativos que reflejan tanto las oportunidades como los desafíos presentes en este ámbito emergente.

Adopción y Uso de Aplicaciones Móviles

Se descubrió que un número creciente de enfermeras había tenido al menos una experiencia con el uso de aplicaciones móviles relacionadas con la salud. Aunque algunas enfermeras mostraron inicialmente escepticismo, muchas de ellas reportaron que, una vez familiarizadas con la tecnología, encontraron que las aplicaciones podían ser valiosas herramientas complementarias en su trabajo.

Impacto en la Educación del Paciente

Las aplicaciones móviles demostraron tener un potencial significativo en mejorar la educación del paciente. Los pacientes que utilizaron estas aplicaciones, especialmente aquellos con enfermedades crónicas, mostraron una mejor comprensión de su condición y una mayor adherencia a los regímenes de tratamiento. Las enfermeras también reportaron que las aplicaciones servían como puntos de referencia útiles durante las sesiones educativas, facilitando la explicación y visualización de conceptos complejos.

Desafíos en la Integración

No obstante, también se identificaron desafíos. Las enfermeras mencionaron que la integración de aplicaciones móviles en sus rutinas diarias a veces resultaba problemática, especialmente si las aplicaciones no estaban sincronizadas con otros sistemas hospitalarios. Además, hubo preocupaciones sobre la privacidad y seguridad de los datos, especialmente en aplicaciones que no seguían normativas estrictas en relación a la protección de la información del paciente.

Diversidad de Experiencias entre Pacientes

Se observó una diversidad en la experiencia de los pacientes con respecto al uso de aplicaciones móviles. Mientras que algunos pacientes, especialmente los más jóvenes o tecnológicamente adeptos, adoptaron rápidamente y se beneficiaron de

estas herramientas, otros, particularmente aquellos en grupos de edad avanzada, se mostraron más reacios o encontraron desafíos en su uso.

Interacción con Otros Profesionales de Salud

Finalmente, se destacó la interacción entre enfermeras y otros profesionales de salud en relación con las aplicaciones móviles. Algunos médicos y terapeutas alentaron activamente a las enfermeras a utilizar estas herramientas, mientras que otros mostraron reservas, citando preocupaciones sobre la precisión y la confiabilidad de la información proporcionada por algunas aplicaciones.

5 Discusión-Conclusión

El auge de la tecnología móvil en el sector sanitario ha llevado a una reconsideración profunda de cómo se brinda la atención y cómo se educa y se da seguimiento a los pacientes. Desde nuestra investigación, es evidente que las aplicaciones móviles tienen un potencial considerable en el ámbito de la enfermería, aunque no están exentas de desafíos.

El impacto positivo de las aplicaciones en la educación del paciente resalta la importancia de la accesibilidad y disponibilidad de la información. La capacidad de tener información precisa y relevante al alcance de la mano es una revolución en la forma en que los pacientes comprenden y gestionan sus enfermedades. Sin embargo, como con cualquier herramienta, la eficacia depende en gran medida de cómo se utilice. La diversidad en la experiencia del paciente señala la necesidad de una formación adecuada y de un apoyo continuo para asegurar que todos los pacientes puedan beneficiarse de estas herramientas, independientemente de su familiaridad con la tecnología.

La reticencia de algunos profesionales de la salud a adoptar o apoyar el uso de aplicaciones móviles en el cuidado del paciente destaca la necesidad de una evaluación más rigurosa de estas herramientas. No todas las aplicaciones son creadas igual, y mientras que algunas pueden ofrecer información y apoyo valiosos, otras pueden ser menos precisas o incluso potencialmente engañosas.

Conclusión

Las aplicaciones móviles representan una herramienta prometedora y potencialmente transformadora en el ámbito de la enfermería. Su capacidad para mejorar la educación y el seguimiento del paciente es innegable, pero su integración efectiva en la práctica clínica requiere una consideración cuidadosa de los desafíos asociados.

A medida que el sector sanitario avanza hacia un futuro más digitalizado, es es-

encial que las intervenciones basadas en la tecnología, como las aplicaciones móviles, sean evaluadas rigurosamente y se integren de manera que complementen, en lugar de reemplazar, las interacciones humanas esenciales en el cuidado del paciente. Las enfermeras, en su papel central en la atención al paciente, estarán en la vanguardia de esta evolución, y es esencial que estén equipadas con las herramientas y la formación necesarias para liderar el camino.

6 Bibliografía

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

Capítulo 32

INVESTIGACIÓN SOBRE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS

JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO

ROCIO IBAÑEZ GARCIA

ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ

IRENE LÓPEZ LENCINA

SARA MARTINEZ HUERTA

1 Introducción

La salud ginecológica, fundamental en la vida de todas las mujeres, se encuentra influenciada tanto por factores biológicos como ambientales y conductuales. Desde la menarquía hasta la menopausia y más allá, las mujeres se enfrentan a un continuo de cambios y desafíos en su salud reproductiva que, si no se gestionan adecuadamente, pueden llevar a diversas enfermedades ginecológicas. Condiciones como la endometriosis, los quistes ováricos, infecciones de transmisión sexual, y trastornos menstruales, por nombrar solo algunas, tienen un impacto significativo en la calidad de vida de las mujeres, en su bienestar emocional y en su capacidad para llevar vidas activas y productivas.

Dentro del ámbito sanitario, el papel de las enfermeras es primordial en la atención primaria y en el acompañamiento constante de las pacientes. Tradicionalmente, las enfermeras han desempeñado un papel crucial en la educación sanitaria, el asesoramiento y la promoción de la salud. Sin embargo, a pesar de la importancia que tiene la salud ginecológica, en muchas ocasiones, las intervenciones de enfermería específicas para la prevención de enfermedades ginecológicas no han sido del todo reconocidas o implementadas con la rigurosidad que el tema demanda.

El enfoque preventivo en salud ha demostrado ser, en múltiples ocasiones, más costo-efectivo y beneficioso para el paciente que un enfoque meramente curativo. En el ámbito de las enfermedades ginecológicas, la prevención es especialmente relevante debido a que muchas de estas condiciones, cuando se detectan y gestionan tempranamente, tienen un mejor pronóstico y pueden evitarse complicaciones más serias. Las enfermeras, dada su cercanía con las pacientes y su enfoque holístico en el cuidado, están en una posición inmejorable para liderar y potenciar estas intervenciones preventivas.

El propósito de esta investigación es arrojar luz sobre las diversas intervenciones de enfermería que pueden implementarse para la prevención de enfermedades ginecológicas, comprendiendo su eficacia, las mejores prácticas y cómo pueden ser integradas en el sistema sanitario para asegurar una atención ginecológica preventiva de alta calidad para todas las mujeres.

2 Objetivos

1. Identificar las principales intervenciones de enfermería que han demostrado ser eficaces en la prevención de enfermedades ginecológicas.
2. Analizar las barreras y desafíos que enfrentan las enfermeras al implementar intervenciones preventivas en diferentes contextos sanitarios.
3. Evaluar el impacto de la educación sanitaria proporcionada por enfermeras en la toma de decisiones informadas de las pacientes en relación con su salud ginecológica.

3 Metodología

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

ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 una búsqueda inicial, se identificaron un total de 1.235 artículos relacionados con intervenciones de enfermería y la prevención de enfermedades ginecológicas. Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, un total de 127 artículos fueron considerados para su análisis detallado.

Intervenciones Educativas

Una proporción significativa de los estudios (45%) se centró en intervenciones educativas. Estas intervenciones abarcaron temas como la salud menstrual, la importancia de las revisiones ginecológicas regulares, y la prevención de infecciones de transmisión sexual. La mayoría destacó la eficacia de las sesiones educativas en grupos pequeños, donde las pacientes podían interactuar y resolver dudas.

Campañas de Concienciación

Aproximadamente un 20% de los artículos revisados trataron sobre campañas de concienciación dirigidas por enfermeras. Estas campañas abordaban temas como la prevención del cáncer cervicouterino mediante la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) y la importancia de las pruebas de Papanicolaou. Se encontró que las campañas que incorporaban testimonios reales y materiales visuales tenían un mayor impacto en la percepción de riesgo de las pacientes.

Asesoramiento Individualizado

El 15% de los estudios analizados enfatizó la importancia del asesoramiento individualizado. Esta modalidad permite abordar preocupaciones específicas y adaptar las intervenciones a las necesidades particulares de cada paciente. En muchos casos, el asesoramiento individualizado condujo a decisiones más informadas sobre la salud ginecológica y a un seguimiento más riguroso de las recomendaciones médicas.

Tecnologías Emergentes

Un 10% de los trabajos se centró en el uso de tecnologías emergentes, como aplica-

ciones móviles o plataformas online, como herramientas de apoyo en la prevención de enfermedades ginecológicas. Aunque la adopción de estas herramientas todavía es incipiente, mostraron potencial, especialmente entre poblaciones más jóvenes.

Barreras y Desafíos

A lo largo de los diferentes estudios, se identificaron barreras comunes para la implementación efectiva de intervenciones. Estas incluyeron falta de recursos, creencias culturales y religiosas, y barreras lingüísticas. Abordar estos desafíos se consideró esencial para el éxito a largo plazo de las intervenciones de prevención.

5 Discusión-Conclusión

La investigación en el ámbito de las intervenciones de enfermería dirigidas a la prevención de enfermedades ginecológicas ha destacado la multiplicidad de enfoques y herramientas disponibles para abordar esta temática. Desde intervenciones educativas hasta el uso de tecnologías emergentes, es evidente que la enfermería tiene un papel protagónico en la promoción de la salud ginecológica y en la prevención de enfermedades asociadas.

El énfasis en las intervenciones educativas reitera la importancia de la educación en salud como medio primordial para empoderar a las pacientes, proporcionándoles el conocimiento necesario para tomar decisiones informadas sobre su salud. Sin embargo, la eficacia de estas intervenciones no solo radica en la calidad de la información proporcionada, sino también en la manera en que esta se comunica. Las sesiones educativas en grupos pequeños, donde se promueve la interacción y se resuelven dudas, parecen tener un mayor impacto, probablemente debido al entorno de confianza que se crea.

Las campañas de concienciación, por su parte, han mostrado su potencial para alcanzar a un público más amplio. Sin embargo, es crucial que estas campañas estén diseñadas con base en evidencia científica y que incorporen estrategias que han demostrado ser efectivas, como el uso de testimonios reales.

El asesoramiento individualizado emerge como una herramienta crucial en la prevención de enfermedades ginecológicas. El enfoque personalizado permite adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de cada paciente, conduciendo a resultados más satisfactorios y a un seguimiento más riguroso de las recomendaciones.

Por otro lado, la incorporación de tecnologías emergentes en el ámbito de la prevención representa un campo prometedor, pero todavía incipiente. Las herramientas digitales tienen el potencial de ampliar el alcance de las intervenciones y adaptarse a las necesidades cambiantes de las pacientes, especialmente en las generaciones más jóvenes.

No obstante, a pesar de los avances y de la variedad de intervenciones disponibles, se identificaron barreras significativas que obstaculizan su implementación efectiva. Abordar estas barreras, ya sean culturales, lingüísticas o de recursos, es fundamental para garantizar que todas las mujeres tengan acceso a intervenciones de prevención de alta calidad.

En conclusión, las intervenciones de enfermería en la prevención de enfermedades ginecológicas desempeñan un papel esencial en la promoción de la salud reproductiva. Si bien existen múltiples enfoques y herramientas disponibles, es imperativo que estas intervenciones se desarrollen y implementen teniendo en cuenta las particularidades y necesidades de cada contexto y población. Solo así se podrá garantizar una atención ginecológica preventiva que sea realmente efectiva y equitativa para todas las mujeres.

6 Bibliografía

1. "Enfermería Ginecoobstétrica" de Sharon J. Smith, Tomlinson David y Laura Weihbrecht.
2. "Salud de la Mujer: Una visión integral" de Miriam Stoppard.
3. "Enfermería en Salud Reproductiva" de José Luis Gallo Vallejo y Carmen María Sarabia Cobo.
4. "Ginecología en la práctica clínica" de Isaac Jakter y Susana Millán.

Capítulo 33

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE AFECTADO DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

NURIA GOMEZ JARILLO

CLARA COMPANY GARCÍA

MARÍA GARCÍA ROMÁN

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

1 Introducción

Debido a que el suministro de sangre necesario no puede llegar al tejido cerebral, la hipertensión intracraneal (HIC) también afecta directamente a las propias estructuras cerebrales mediante compresión, distorsión o dislocación. Esto da como resultado un aumento de la isquemia, que a su vez conduce a un aumento del edema cerebral. lo que finalmente resulta en un aumento gradual del HTIC, cerrándose así el paciente experimenta muerte cerebral como resultado de un círculo vicioso que eventualmente se vuelve imparable cuando se le permite continuar por sí solo. Las medidas terapéuticas contra el HTIC que están a nuestro alcance y que se basan en la evidencia científica actualmente disponible deben entenderse exhaustiva y sistemáticamente para romper este círculo vicioso.

También se puede observar en la infancia, donde la incidencia es igual para ambos sexos.

Los informes de casos individuales de HTIC se han relacionado con una variedad de enfermedades, incluidos trastornos endocrinos, consumo de vitamina A y uso de drogas, particularmente tetraciclinas. El sexo de las mujeres, la edad reproductiva, las irregularidades menstruales, la obesidad y el aumento reciente de peso son factores que parecen estar relacionados con la hipertensión intracraneal idiopática en los estudios de casos y controles. La explicación más aceptada de por qué aumenta la presión intracraneal es una obstrucción del flujo de líquido cefalorraquídeo (LCR) a través de las vellosidades aracnoideas o los senos venosos. El aumento de la producción de LCR y el edema cerebral son causas potenciales adicionales. Podría haber una variedad de mecanismos en funcionamiento.

2 Objetivos

Ampliar el conjunto de conocimientos sobre la estrategia terapéutica de los pacientes con hipertensión dentro del cráneo por personal de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han buscado publicaciones relevantes en las principales bases de datos, incluidas Medline y Scielo, así como en numerosas revistas científicas de neurología y protocolos.

Los términos utilizados para describir la afección incluyen hipertensión intracraneal, cuidados de enfermería, craneotomía, presión intracraneal y tratamiento; no se incluyen los términos politraumatismo, hidrocefalia, paciente crítico, etc.

4 Resultados

Dada la variedad de etiologías que pueden provocar un aumento de la PIC, el examen físico debe ser metódico y completo, examinando todos los dispositivos y sistemas.

Se aconseja la realización de una serie de pruebas complementarias para completar el estudio etiológico:.

- Tomografía axial computarizada (TC) de cabeza.
- Angiografía por resonancia magnética del cerebro.
- Imágenes PEM.
- Punción lumbar.

Una vez realizado el diagnóstico, se debe realizar un seguimiento del paciente para poder valorar su desarrollo, la reacción al tratamiento prescrito y las medidas tomadas para prevenir, identificar y tratar los posibles efectos secundarios.

Existen varios sistemas de neuromonitorización diferentes en el mercado.

- Doppler transcraneal: Esta técnica no invasiva mide el flujo sanguíneo en las arterias cerebrales y detecta cambios significativos en presencia de cambios en la PIC.
- Monitorización continua de la PIC: Los pacientes con una Escala de Coma de Glasgow 9, incluso si tienen una TC normal, están indicados para la monitorización de la PIC en el tratamiento de pacientes con sospecha de aumentos. Pacientes terminados los 40 años, aquellos con deterioro motor o propensión a la hipotensión, aquellos que se someten a cirugía por una lesión que ocupa espacio (SOL), aquellos que han sufrido un traumatismo craneoencefálico moderado con lesiones intranasales no evacuadas que pueden agrandarse y aquellos que han sufrido El TCE moderado con lesiones extraaxiales que requieren analgesia profunda impide la realización de exámenes neurológicos adecuados.

La coagulopatía grave es una contraindicación para la colocación de un sensor de PIC y, si está presente, primero debe corregirse.

La monitorización de la PIC es crucial para los pacientes neurocríticos, en parte porque la PIC elevada va en contra de la tendencia natural de la presión arterial media a mantener una presión de perfusión cerebral adecuada.

5 Discusión-Conclusión

El profesional de enfermería necesita estar preparado para una amplia gama de patologías y todas sus manifestaciones clínicas. Siguiendo un protocolo de enfermería, es posible identificar a un paciente que tiene HTIC observando sus síntomas y complicaciones más comunes y luego aplicando las estrategias e intervenciones terapéuticas adecuadas.

En esta revisión bibliográfica se cubre una amplia investigación de HTIC utilizando diversas técnicas, junto con una variedad de cuidados de enfermería que son esenciales para la recuperación del paciente.

Para poder proporcionar unos cuidados de enfermería adaptados a las necesidades del paciente, cruciales para su recuperación, el protocolo de actuación es

fundamental.

6 Bibliografía

1. Álvarez Vega M, Cofiño Castañeda L.A., González Alonso E, Gutiérrez Morales J.C., Martín Cuadrado M, Martín Ortiz G. P

Capítulo 34

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL MANEJO DE LA MEDICACIÓN VÍA SUBCUTÁNEA E INFUSORES

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

MARÍA GARCÍA ROMÁN

NURIA GOMEZ JARILLO

CLARA COMPANY GARCÍA

1 Introducción

Los adipocitos constituyen la mayor parte del tejido celular de la capa subcutánea y sirven como fuente de energía y regulan la temperatura corporal, allí se coloca el reservorio subcutáneo.

Una entrada de titanio y una membrana de silicona autosellante forman el catéter central que sirve como reservorio subcutáneo. Antes de insertar el catéter en la vena yugular externa o la vena subclavia, primero se debe colocar por vía subcutánea. Cuando un paciente necesita un acceso venoso permanente para administrar grandes dosis de medicamentos, como quimioterapia, analgesia continua, nutrición parenteral o hemoderivados, se le recomienda este tipo de catéter. Los pacientes con enfermedades crónicas, más comúnmente con cáncer, deben usarlo

para quimioterapia. Se utiliza con una pequeña incisión para implantar el dispositivo y dos suturas para mantenerlo en su lugar. Pueden surgir numerosas complicaciones, como ocurre con todas las técnicas y tratamientos, la más típica es la infección, con reservorio subcutáneo. Si bien la técnica de implantación es quirúrgica, la punción y el mantenimiento corre a cargo de personal de enfermería. Estos profesionales deben estar atentos a las señales de advertencia de complicaciones como infección, además de administrar los medicamentos según las indicaciones y realizar una limpieza y curación adecuadas y ajuste de catéteres.

2 Objetivos

Conocer cómo funciona el reservorio subcutáneo, las funciones en él y cómo cuidarlo por el personal de enfermería de un hospital.

3 Metodología

La investigación que se llevó a cabo para escribir este capítulo incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se realizaron búsquedas en las principales bases de datos, incluida Scielo, así como en libros y artículos de prestigio.

4 Resultados

El deber principal del personal de enfermería con la vía subcutánea es:

- Para canular un catéter necesitarás: gasas, guantes esterilizados, una aguja reservorio, una jeringa de 10 ml, heparina sódica y solución salina normal. Otros materiales incluyen un antiséptico y una aguja reservorio. Todo el proceso debe realizarse de forma aséptica. Después de la esterilización, se usa un antiséptico para desinfectar el área y luego se usa suero para limpiar las pinzas de las agujas. Con la mano no dominante, sostenga la aguja del reservorio mientras recorre la cámara con un trozo de gasa con la mano dominante. Al soltarlo y observar el flujo sanguíneo, podemos saber cuándo ha terminado y es seguro continuar. Tras la extracción de sangre, se deben desechar 10 ml para poder recoger la muestra deseada.
- Mantenimiento del catéter: Debido a que los catéteres carecen de sistema antirreflujo, se recomienda dejar los clips puestos cuando no se utilizan si se utilizan

para administrar medicamentos de forma continua. Las agujas deben cambiarse periódicamente 7 días.

- Desechar el catéter: La heparinización debe realizarse antes de retirar la aguja y la cantidad de La heparina utilizada varía de un hospital a otro. Después de retirar la aguja, se vuelve a aplicar antiséptico y se coloca una venda esterilizada. Además de comprender cómo utilizar correctamente la técnica de cierre. El poseedor también debe conocer los métodos de perforación y los materiales del yacimiento adecuados. Estos dispositivos pueden provocar complicaciones como trombosis, extravasación de soluciones, tromboflebitis e infección, que es el problema más frecuente con este tipo de dispositivos. Para lograr este objetivo es necesario ofrecer a los profesionales sanitarios programas de formación permanente sobre cómo utilizar estos dispositivos de forma segura y prevenir complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar la salud de los pacientes, el personal de enfermería debe conocer los cuidados y la tecnología necesarios y utilizarlos adecuadamente. Medidas para respetar la mayoría de JAP y antitratamiento, lo que reduce el riesgo de infección interna del depósito en la vena subcutánea, y luego se elimina. El uso de protocolos y planes estandarizados por parte del personal médico es una herramienta crucial para mejorar el nivel de atención de estos pacientes en los hospitales e instalaciones médicas generales.

6 Bibliografía

1. Martínez L, Bermejo M, Gil Gómez N. Conocimientos, satisfacción y autocuidados del paciente portador de un catéter central de larga duración: elaboración de los una guía práctica.

Capítulo 35

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE QUEMADO

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

CLARA COMPANY GARCÍA

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

MARÍA GARCÍA ROMÁN

NURIA GOMEZ JARILLO

1 Introducción

Las quemaduras suponen un gran impacto físico y psíquico en los pacientes ingresados.

Los tejidos del cuerpo pueden resultar dañados por el calor, los productos químicos, la electricidad, el sol o la radiación, lo que se conoce como quemadura. Las quemaduras son causadas con mayor frecuencia por incendios en edificios, líquidos y gases inflamables y escaldaduras por líquidos calientes y vapor. La inhalación de humo o partículas tóxicas puede provocar diferentes tipos de quemaduras.

Las quemaduras pueden ser de tres tipos diferentes:

- Quemaduras de 1º grado, que sólo afectan a la capa más externa de la piel.
- Quemaduras de 2º grado, que dañan tanto la capa superior como la capa inferior.

- Quemaduras de 3° grado, que dañan o matan la capa más profunda de la piel y los tejidos que se encuentran debajo de ella.

Según su gravedad, las quemaduras también se clasifican en:

- Menor: cuando la zona quemada no cubre más del 10% de la superficie total del cuerpo.

- Moderada: cuando la zona quemada comprende del 10% al 20% de la superficie total del cuerpo.

- Grave: Cuando la superficie quemada supera el 20%.

La mayoría de estos pacientes no requieren de un ingreso hospitalario y se tratan en Atención Primaria.

2 Objetivos

- Informar sobre el abordaje y cuidados de enfermería de un paciente que es víctima de quemaduras en un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las quemaduras son un problema grande de salud importante en todas partes, aunque ha habido una disminución reciente, todavía tienen una alta incidencia de morbilidad y mortalidad en la población general, afectando con mayor frecuencia a los ancianos y a los niños pequeños.

La llamada Regla del 9 fue desarrollada por Pulaski y Tennyson en 1947 y publicada por Wallace en 1951 como un método rápido para calcular la superficie corporal quemada. Los pacientes mayores de 18 años pueden utilizar la regla del nueve. La cabeza, las extremidades superiores y el tronco de los adultos, que se divide en pecho, abdomen y frente, constituyen el 9, el 18 y el 36 por ciento, respectivamente, de la superficie corporal total. Por otro lado, se encuentra la espalda con un 18%, cada extremidad inferior 18% y los genitales externos, que

constituyen el 1% final del cuerpo. Por otro lado, la cabeza constituye el 18% de la superficie corporal total en niños y bebés, cada extremidad superior constituye el 9% por ciento, teniendo el tronco un 18% de crecimiento dorsal y un 18% frontal. Las quemaduras tienen el potencial de provocar una hinchazón, las temidas ampollas, las cicatrices, el shock e incluso la muerte en las circunstancias más extremas del paciente. También pueden provocar infecciones porque dañan las defensas naturales de la piel.

La cura de las quemaduras siempre dependen de la causa, la profundidad y el tamaño de la zona del cuerpo afectada influyen en ello. Las infecciones se pueden prevenir o tratar con cremas antibióticas.

Es posible que se requiera tratamiento para quemaduras más graves para garantizar que el paciente reciba suficiente nutrición y líquidos, así como limpiar la herida para que se reemplace la piel perdida.

5 Discusión-Conclusión

El proceso terapéutico de las quemaduras y la evolución positiva de los pacientes se ven muy favorecidos por las intervenciones del personal de enfermería relacionadas con el manejo del dolor, el cuidado de la piel y el cuidado de las heridas. Las quemaduras requieren cuidados exhaustivos que requieren mucho tiempo, coordinados con el desarrollo de la lesión y de forma integral. Los objetivos principales del tratamiento deben ser evitar la creación de cicatrices patológicas y restaurar la funcionalidad del miembro afectado. Para que las quemaduras sanen adecuadamente, el paciente debe estar empoderado e involucrado en el diagnóstico, atención y prevención de complicaciones. 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 36

EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE ONCOLOGÍA Y LA ATENCIÓN DEL ENFERMERO

CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ

OLGA FERNÁNDEZ RONDA

ANA MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ

NATALIA CABAÑAS SESEÑA

AROA ALONSO SILLERO

1 Introducción

Una planta de oncología, también conocida como unidad de oncología o sala de tratamiento de cáncer, es un área específica en un hospital o centro médico dedicada a la atención integral de pacientes con cáncer. El cáncer es una enfermedad compleja que requiere un enfoque multidisciplinario y especializado, y una planta de oncología está diseñada para proporcionar diagnóstico, tratamiento y apoyo a pacientes que enfrentan esta enfermedad.

En una planta de oncología, se encuentran equipos médicos avanzados para el diagnóstico y tratamiento del cáncer, como máquinas de radioterapia, aceleradores lineales, equipos de resonancia magnética y escáneres PET-CT. Además, cuenta con personal médico y de enfermería altamente capacitado en oncología,

incluyendo oncólogos, radioterapeutas, hematólogos y enfermeros especializados en el cuidado del cáncer.

Las funciones de una planta de oncología incluyen la administración de tratamientos como quimioterapia, radioterapia y terapia dirigida, así como la monitorización de los efectos secundarios y la gestión del dolor. También se brinda apoyo emocional y psicológico a los pacientes y sus familias, y se enfatiza la educación sobre la enfermedad y las opciones de tratamiento disponibles.

Una planta de oncología es un entorno médico especializado dedicado a la atención integral de pacientes con cáncer. Proporciona los recursos, el personal y la experiencia necesarios para diagnosticar, tratar y apoyar a quienes enfrentan esta enfermedad, con el objetivo de brindarles la mejor calidad de vida posible y mejorar sus perspectivas de recuperación.

2 Objetivos

Exponer las funciones que tiene el enfermero como profesional sanitario en la planta de oncología.

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 Scholar, 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 vital en una planta de oncología, donde brindan atención integral y especializada a pacientes que enfrentan el cáncer. Sus funciones abarcan una amplia gama de responsabilidades para garantizar el bienestar físico y emocional de los pacientes y promover la eficacia en el tratamiento oncológico. Aquí se describen algunas de las funciones clave de los enfermeros en esta planta:

Evaluación y planificación: Los enfermeros evalúan el estado de salud de los pacientes con cáncer, recopilando información sobre su historial médico, síntomas y tratamientos previos. Con esta información, colaboran con el equipo médico para desarrollar planes de atención personalizados, adaptados a las necesidades específicas de cada paciente.

Administración de tratamientos: Los enfermeros son responsables de administrar tratamientos contra el cáncer, como quimioterapia y terapia dirigida. Esto incluye la preparación de medicamentos, la monitorización durante la infusión y la gestión de posibles efectos secundarios, proporcionando alivio y apoyo en caso de necesidad.

Control de síntomas: Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con los pacientes para controlar y aliviar los síntomas del cáncer y los efectos secundarios del tratamiento. Proporcionan estrategias de manejo del dolor y manejan problemas como la fatiga, las náuseas y la debilidad.

Educación al paciente: Los enfermeros proporcionan información sobre la enfermedad, los tratamientos y las medidas de autocuidado. Esto ayuda a empoderar a los pacientes para que tomen decisiones informadas sobre su atención y sepan qué esperar en cada etapa del proceso.

Apoyo emocional: El cáncer puede ser emocionalmente desafiante, y los enfermeros desempeñan un papel crucial al brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias. Escuchan sus preocupaciones, ofrecen consejos y alientan la comunicación abierta.

Cuidado paliativo: En situaciones de cuidado paliativo, los enfermeros se enfocan en mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado, aliviando el dolor y proporcionando cuidados que se centran en el confort y la dignidad.

Coordinación de la atención: Los enfermeros trabajan en conjunto con otros profesionales de la salud, como oncólogos, radioterapeutas y trabajadores sociales, para garantizar que la atención sea coordinada y que los pacientes reciban un enfoque multidisciplinario de su atención.

Los enfermeros en una planta de oncología desempeñan un papel esencial al proporcionar atención médica especializada y apoyo emocional a pacientes con cáncer. Su enfoque integral y compasivo contribuye significativamente a la calidad de vida de los pacientes y al éxito en el tratamiento del cáncer.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación fundamental para el celador en una planta de oncología es mantener una actitud de comprensión, empatía y respeto hacia los pacientes y sus familias. La lucha contra el cáncer es emocionalmente desafiante, y el celador puede desempeñar un papel significativo al brindar apoyo emocional a quienes enfrentan esta enfermedad. Escuchar con atención, mostrar compasión y ofrecer palabras de aliento pueden marcar una diferencia positiva en el día a día de los pacientes.

Además, es esencial que el celador sea consciente de la importancia de la privacidad y la confidencialidad en una planta de oncología. Los pacientes a menudo comparten información sensible sobre su salud, por lo que el celador debe garantizar que esta información se mantenga confidencial y que se preserve la dignidad de los pacientes en todo momento. Al mantener un enfoque en el apoyo emocional y el respeto a la privacidad, el celador contribuye al bienestar de los pacientes y al ambiente de atención compasiva en la planta de oncología.

6 Bibliografía

Zabalegui Yáñez, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Capítulo 37

ACTUACIÓN DE LA ENFERMERÍA ANTE UN PIE DIABÉTICO

PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ

VANESSA ZUHEROS CORTECERO

CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA

INMACULADA GÁMEZ MURILLO

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy elevados (hiperglucemia), ocasionada por un mal funcionamiento en la secreción de la insulina (Diabetes tipo 1) o si el cuerpo no produce o no usa la insulina de manera adecuada (Diabetes mellitus tipo 2). Es una de las enfermedades que ocasiona un grave problema de salud pública, ya que cualquier paciente con dicha enfermedad puede presentar complicaciones como es el caso de la afectación del pie o pie diabético.

Hay mucha evidencia de que un buen control metabólico de la diabetes por sí sola nos permite evitar o al menos retrasar en cierta medida la aparición de úlceras, infecciones y complicaciones graves más importantes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el pie diabético es la infección, ulceración y destrucción de los tejidos profundos. Presencia de problemas neurológicos, vasculopatía periférica, daño articular, daño dermatológico y de tejidos blandos.

En el año 1934 Joslin hacía referencia al pie diabético diciendo, “... la gangrena diabética no viene del cielo, sino que nace en la tierra”. Quizás con esto quería hacer referencia a que las úlceras del pie suelen producirse en aquellas personas que no llevan un calzado adecuado, aquellas que exponen los pies a lesiones, por lo que es función de enfermería educar a los pacientes a realizarse una buena exploración y un buen cuidado de los pies, para evitar la aparición del pie diabético.

2 Objetivos

- Identificar las medidas más efectivas para prevenir la enfermedad del pie diabético.

- Vincular tareas, actividades e intervenciones para una evaluación precisa de pacientes diabéticos.

Identificar intervenciones para mejorar el conocimiento del paciente sobre cuidado y manejo de los pies.

3 Metodología

Los artículos obtenidos para llevar a cabo la revisión bibliográfica han sido adquiridos, a partir, de una búsqueda bibliográfica en la base de datos como Cochrane, Medline, Scielo, Pubmed, Google académico, Cuiden y libros especializados en enfermería y en medicina entre otras.

4 Resultados

El pie diabético es una complicación crónica de la diabetes que consiste en lesiones en los tejidos profundos de las extremidades inferiores asociadas con trastornos neurológicos y enfermedad vascular periférica.

Según la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) dice que el PD es la alteración etiopatogénica neuropática causada por la hiperglucemia mantenida en el tiempo, en la que con o sin coexistencia de isquemia y con un desencadenante traumático previo, se produce la ulceración y/o lesión en el pie. Está provocado por la neuropatía diabética, que es la afectación que sufren los nervios de las piernas y de los pies por niveles altos de azúcar en la sangre. El 7.5% de los pacientes sufre neuropatía diabética y afecta más a las personas que padecen Diabetes Mellitus tipo II, 24.1%.

La prevención de los problemas causados por el pie diabético comienza por identificar a sujetos en riesgo de sufrir úlceras diabéticas en sus miembros inferiores, en concreto en los pies. Una evaluación adecuada puede prevenirlos, reduciendo así la incidencia.

Haciendo una buena valoración puede prevenirlas, reduciendo así la incidencia en las amputaciones. Esto requiere adoptar diferentes medidas de evaluación, incluido el examen periódico de los pies, la detección temprana y tratamiento de úlceras.

Para controlar esta enfermedad es importante hacer una autoevaluación que incluye: evaluación de la neuropatía, evaluación de la enfermedad vascular periférica, el examen de estructuras anormales y vigilar la presencia de úlceras y de posibles infecciones.

La Clasificación del Riesgo de padecer Pie diabético nos va a indicar la frecuencia con la que se debe realizar esta valoración:

Grupo 0 o bajo riesgo. Sin neuropatía sensorial: Anual

Grupo 1 o riesgo aumentado. Con neuropatía sensorial: Cada seis meses

Grupo 2 o riesgo alto. Neuropatía sensorial, signos de enfermedad vascular periférica, deformidades o ambos: Cada tres meses

Grupo 3 o pie ulcerado. Enfermos con historia de úlcera previa o amputación: De uno a tres meses.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes es una enfermedad crónica con alta morbilidad y mortalidad nivel mundial, siendo la principal complicación el pie diabético, que tiene un importante impacto a nivel económico, personal y social.

El papel de los/as enfermeros/as para abordar al paciente con pie diabético es imprescindible dentro de un equipo multidisciplinar, abordando este problema desde un punto de vista holístico, tratando no sólo la curación, también la promoción de la salud, prevención y educación para que el paciente consiga un elevado nivel de autocuidado.

Además, se aconseja implicar a los familiares en impartirles educación sanitaria sobre el mantenimiento de la salud para lograr detectar a tiempo y prevenir posibles complicaciones y riesgos sobre el pie diabético.

Hay que prestar también especial atención al estado cognitivo de los pacientes y si presentan alguna limitación intelectual, puesto que implicaría un nivel muy bajo para el autocuidado, retrasando el inicio de la cura.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/diabetes.html>
- https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-la-prevencion-del-pie-diabetico/?utm_content=cmp-tru
- E. Tizón Bouza, a, , M.N. Dovale Robles, a, , M.Y. Fernández García, a, et al. Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético. 2004;263-71.
- Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular [sede web]. Madrid: SEACV; 2020 [actualizado a 20 de agosto de 2020; acceso 15 de agosto de 2021]. Capítulo de cirugía endovascular. Disponible en: <https://seacv.es/la-sociedad/secciones/pie-diabetico/>
- Organización Mundial de la Salud. [Sede Web]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001 [actualizada 16 de agosto de 2021; acceso 15 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Ferrer Aguiló L. Abordaje enfermero del pie diabético, a propósito de un caso clínico. PortalesMedicos [revista en Internet] abril de 2021 [acceso 30 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/abordaje-enfermero-del-pie-diabetico-a-proposito-de-un-caso-clinico>.
- Joslin Elliott Proctor. Ronald Kahn C. , C. Weir G., L. King G., M. Jacobson A., C. Moses A., J. Smith R. Joslin´s Diabetes Mellitus. 14th ed. Boston (MA): Linnincott Williams & Wilkins; 2006.
- Med Int Méx. 2021; 37 (4): 540-550.
- Spanish Diabetes Society (SDS). Neuropathy Study Group. The prevalence of clinical diabetic polyneuropathy in Spain: a study in primary care and hospital clinic groups. Av Diabetol. 1998; 41: 1263-9
- International Working Group on the Diabetic Foot International Consensus on the Diabetic Foot & Practical Guidelines on the Management and Prevention on the Diabetic Foot. Consultive section of IDF. Interactive Version on DVD. 2007.
- Young MG, Boulton Aj, Mcleod AF, Williams DRR, Sonksen PH. A multicentre study of the prevalence of diabetic peripheral neuropathy in the United Kingdom hospital clinic population. Av Diabetol. 1993; 36: 150-4

Capítulo 38

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON CRISIS ASMÁTICA

MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ

MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO

MARTA ABAD ABELLÁN

SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

1 Introducción

La inflamación crónica de las vías respiratorias es una característica de la enfermedad del asma. El edema de las mucosas, el broncoespasmo y los tapones mucosos que tienden a bloquear las vías periféricas son síntomas de episodios de crisis asmáticas. Cuando.

Los síntomas de una crisis asmática en toda regla incluyen tos, sibilancias, compresión torácica e irritabilidad. Una crisis asmática espontánea se puede detener o detener con medicamentos.

El asma está influenciada por una serie de variables, incluidos factores genéticos y congénitos, así como variables adquiridas que afectan la gravedad de la enfermedad.

La atención de los pacientes con crisis asmáticas, debiendo seguir un protocolo de actuación estándar, es algo que aborda frecuentemente el profesional de enfermería cuando se enfrenta a los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como de centros sanitarios, para que este tipo de pacientes reciban una cobertura completa de toda la atención requerida, resultando en una asistencia de alto calibre. Cuando un paciente en crisis asmática llega a urgencias, enfermería debe valorar la gravedad de la situación, cuidar las constantes vitales del paciente y darle tranquilidad a él y a su familia. Aunque las pruebas complementarias no predicen el asma, sí ayudan a identificar otras patologías asociadas.

2 Objetivos

Analizar las intervenciones de enfermería previas a que un paciente experimente una crisis asmática.

3 Metodología

Como parte de la investigación para el desarrollo de este trabajo se ha realizado una revisión de la literatura científica en el campo. Se han realizado búsquedas exhaustivas de libros y artículos en las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo. Sólo se eligieron aquellos con contenido pertinente al tema de estudio.

4 Resultados

Las crisis asmáticas exigen atención inmediata porque, si no se tienen los cuidados suficientes, puede llegar incluso a producirse la muerte. En consecuencia, el profesional de enfermería debe tener muy claras las intervenciones que deben realizarse para ayudar a que el episodio asmático se detenga y esté bajo control. Las siguientes son algunas de las intervenciones principales que debe realizar una enfermera antes de tratar a un paciente que atraviesa una crisis asmática.

- La administración de medicamentos.
- Administración de medicamentos inhalados: Enfermería debe considerar la edad del paciente en el manejo de la oxigenoterapia para seleccionar el tamaño adecuado de la mascarilla facial. Para la administración de oxigenoterapia también son necesarios la humidificación y el precalentamiento. Los corticosteroides y los corticosteroides son dos de los medicamentos por inhalación que se administran

con más frecuencia. Lo antes posible, los síntomas deben aliviarse con broncodilatadores y cuidados de enfermería.

El tratamiento de los pacientes asmáticos debe incluir intervenciones no farmacológicas. Llevar un estilo de vida saludable, controlar las comorbilidades, fomentar el autocontrol y ser consciente de los desencadenantes y evitarlos son componentes cruciales del tratamiento de la enfermedad. Todas estas cosas están incluidas en la educación.

Una alta calidad de vida y la capacidad de controlar el asma por uno mismo requieren una educación dedicada al asma para los pacientes y sus familias. La educación terapéutica es instrucción orientada tanto al medio ambiente como a los pacientes con enfermedades crónicas. Tiene dos objetivos generales

- Mejorar la calidad de vida.
- Lograr el autocontrol de la enfermedad.

En las primeras etapas de la vida, la educación va a ir dirigida principalmente a la familia y a medida que el niño vaya creciendo, se irá buscando la mayor implicación en el manejo y autocuidado de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

El Asma es una enfermedad respiratoria crónica caracterizada por la inflamación de las vías aéreas, hiperrespuesta frente una variedad de estímulos y obstrucción bronquial reversible, manifestado por: tos, disnea, sibilancias y opresión torácica, pudiendo llegar a ser una situación de urgencia inminente, estos 3 puntos son esenciales para tratar al paciente:

1. Cuando ocurre una crisis, una intervención rápida facilita que el paciente regrese a su condición inicial.
2. Para brindar seguridad y reducir la ansiedad ante una situación de peligro, la enfermería juega un papel crucial.
3. Una vez superado el episodio, se requiere una buena educación sanitaria para mejorar la calidad de vida y frenar futuras crisis.

6 Bibliografía

1. Huamani Huamani, D. (2020). Cuidados de enfermería en pacientes adultos con exacerbaciones de asma que ingresan al servicio de emergencia en un hospital nacional-2020.

Capítulo 39

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL PACIENTE DONANTE POTENCIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ

MARTA ABAD ABELLÁN

MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO

SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

1 Introducción

Un órgano o tejido enfermo que no funciona bien es sustituido por uno sano mediante el proceso anónimo y benéfico de donación de órganos. Este proceso ayuda al destinatario a vivir una vida mejor y más larga.

Otro beneficio es el ahorro a largo plazo de recursos financieros para el sistema de salud.

Se puede realizar una donación utilizando una variedad de técnicas. La donación tras muerte cerebral se define como la pérdida completa e irreversible de todas las funciones cerebrales por causas conocidas. De las donaciones, representa el 90%. El procedimiento alternativo, conocido como donación en asistolia, se utiliza en

pacientes que han fallecido por problemas circulatorios y/o respiratorios y que no han respondido a las técnicas de reanimación cardio pulmonar. Además, aún no han alcanzado la etapa de muerte cerebral, se ha decidido retirar el soporte vital y no existen razones médicas por las que no se deba realizar la donación de órganos y tejidos.

El arte de la extracción y el trasplante de órganos ha avanzado exponencialmente en España durante las últimas décadas, convirtiéndose en un líder y autoridad mundial en este campo.

Los donantes de órganos requieren una atención extremadamente minuciosa, que debe ser brindada por equipos multidisciplinarios en una unidad de cuidados intensivos. Por este motivo, la enfermera es un miembro clave de estos equipos.

2 Objetivos

Comprender cómo la enfermería contribuye al cuidado de un paciente donante potencial en una unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en diversas bases de datos como Pubmed o Google Scholar para emplear una estrategia de revisión bibliográfica. Al especificar criterios de inclusión y exclusión, como artículos en inglés y español con menos de 10, pudimos enfocar la búsqueda y asegurar los objetivos.

4 Resultados

La atención a los potenciales donantes de órganos es una tarea complicada que realizan los equipos que trabajan una vez identificado el posible donante mediante una serie de pruebas objetivas en una UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). Dado que es ella quien atiende directamente tanto a los potenciales donantes de órganos como a sus familias, la enfermera juega un papel crucial en estos equipos. La enfermera, por un lado, ofrece una atención más especializada que se concentra en evitar y tratar posibles complicaciones. (Hemodinámicos, Respiratorios, Endocrinos, Infecciosos) padecen este tipo de pacientes.

Por otro lado, ofrece una atención bioética que incluye intervenciones dirigidas a cuidar a la familia del potencial donante, estar cerca de ellos, brindarles la apoyo que necesitan y tratar al paciente con respeto.

Es fundamental informar a la familia del paciente sobre su pronóstico funcional y vital durante una entrevista posterior al diagnóstico del estado del paciente. El propósito de esta entrevista es obtener permiso para continuar con las medidas de apoyo en la unidad de cuidados intensivos mientras se espera la progresión del paciente a muerte cerebral para donación o en caso de que por la circunstancia causal o el proceso patológico involucrado no progresa a muerte encefálica, se solicita permiso para la donación mientras el paciente se encuentra en asistolia. Junto con el resto del equipo, el coordinador de trasplantes juega un papel importante en esta situación.

Debido a que las intervenciones de la enfermera están dirigidas a mantener y recuperar los órganos y tejidos más que a la recuperación del paciente, mantener al donante potencial requiere un cambio en la forma en que se brinda la atención. Una de las principales responsabilidades del equipo en tales circunstancias.

El profesional, y en particular la enfermera, debe disipar cualquier pregunta persistente sobre el proceso de donación utilizando un lenguaje directo e íntimo.

5 Discusión-Conclusión

En España cada vez es más habitual la práctica de extraer órganos y tejidos para trasplantes. Por eso, aunque estemos hablando de la muerte, es un tema que cada vez cobra más importancia. Expresa la vida de una manera particular que hace que la gente se preocupe más por ella.

La aparición de posibles complicaciones es frecuente desde que el paciente ha sido identificado como potencial donante y hasta la extracción del órgano. En esta situación, la enfermería es crucial. Para brindar la mejor atención y mantener en las mejores condiciones los órganos y tejidos que serán trasplantados, la enfermera debe poseer los conocimientos y habilidades necesarios, garantizar el éxito del trasplante y el más alto nivel de vida posible del paciente receptor.

6 Bibliografía

1. 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

Capítulo 40

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO: MANEJO DE UNA URGENCIA OBSTÉTRICA

MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ

MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ

MARTA ABAD ABELLÁN

1 Introducción

Una de las principales causas de enfermedad y mortalidad materna a nivel mundial es la hemorragia posparto o hemorragia posnatal. Es una de las tres causas principales de muerte y la principal causa de muerte en los países en desarrollo, en las naciones avanzadas.

En los países industrializados, la incidencia general de sangrado posparto es del 4 por ciento en el caso del parto vaginal y del 6 por ciento en el caso de las cesáreas, con alrededor de 125.000 casos cada año, muertes. La hemorragia posparto, que tiene una incidencia del 33,9% (1 muerte por cada 16 nacimientos), es la principal causa de muerte materna en los países en desarrollo. Desde la década de 1980, se

ha observado una meseta en el impacto de la hemorragia posnatal. Sin embargo, ha habido un aumento desde el año 2000 porque se realizan más cesáreas.

La definición tradicional de hemorragia posparto es la pérdida de sangre de más de 500 ml durante el parto vaginal y de más de 1000 ml durante el parto por cesárea.

Pueden provocar shock hipovolémico, insuficiencia orgánica múltiple y muerte materna dentro de las primeras seis horas, dependiendo de la cantidad de sangre perdida y de cualquier condición preexistente, como anemia previa o mal manejo. Hay una tendencia para cada mujer que da a luz sangrar después del parto. Los profesionales deben estar preparados para ello.

2 Objetivos

Indicar las principales causas de la hemorragia posparto y las opciones de tratamiento por el personal de enfermería de un hospital.

3 Metodología

Para una búsqueda bibliográfica en Medline entre 2015 y 2019 se utilizó la base de datos Cochrane Library Plus, Cuiden, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y las guías clínicas del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Hemorragia posparto, prevención, manejo, y enfermería se utilizaron como términos de búsqueda.

4 Resultados

La hemorragia posparto puede ser provocada o ser consecuencia de patologías de la coagulación. Las coagulopatías hemorrágicas congénitas, que normalmente ya están diagnosticadas, también pueden adquirirse a través de una variedad de condiciones, como separación prematura de la placenta, preeclampsia, muerte fetal, sepsis, embolia amniolítica, etc., que deben considerarse a pesar de que la hemorragia puede provocar coagulación intravascular diseminada (CID).

La coagulopatía de consumo también puede deberse a un período posnatal extremo o prolongado.

Siempre que sea posible, deben identificarse varios factores de riesgo, ya que están relacionados con las diversas causas. Aunque la prevención de la hemorragia posparto ocurre de manera rutinaria en todos los nacimientos, existan o no

factores de riesgo, la identificación de los factores de riesgo es importante.

La tercera etapa del trabajo de parto o alumbramiento es el período entre el nacimiento del niño y la placenta, y puede ser una fase crucial para la salud de la madre. La separación de la placenta generalmente comienza con el primer nacimiento o poco después del nacimiento como resultado de la retirada del útero.

Contracciones de un útero vacío. El cambio de tamaño y forma del útero, la pérdida de sangre, el alargamiento del cordón umbilical y el aumento de su origen, y la elevación del fondo uterino son signos típicos del desprendimiento de placenta. Tienes dos opciones para gestionar la tercera etapa del trabajo: activa o pasiva. El manejo expectante o fisiológico describe la salida espontánea de la placenta que ocurre completamente sin el uso de uterotónicos ni tirar del cordón umbilical. El pinzamiento temprano del cordón, la tracción controlada del cordón, el masaje uterino y la administración de fármacos uterotónicos son técnicas de manejo activo para la tercera etapa del trabajo de parto.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la alta morbilidad de esta patología, así como a su abordaje multidisciplinario de tratamiento, es necesario que diversos profesionales conozcan su diagnóstico y manejo.

La prevención es el foco principal del sangrado posparto. Si bien identificar los factores de riesgo puede resultar muy beneficioso, la profilaxis debe administrarse con precaución, independientemente de los factores de riesgo, de forma rutinaria en todos los nacimientos.

Se cree que el método de prevención más eficaz es la interrupción temprana del trabajo de parto, que incluye la administración de uterotónicos, pinzamiento temprano y tracción del cordón umbilical. El sangrado posparto debe tratarse si ocurre a pesar de las precauciones. Identifique el problema y actúe de inmediato.

Las prostaglandinas y la metilergonovina son los dos medicamentos más populares en España, después de la oxitocina. En este momento, ni la carbetocina ni la sintometrina se considera un medicamento de primera línea para el tratamiento del sangrado posparto. Lo más importante no es el orden en que se toman los medicamentos, sino el inicio rápido de la terapia uterotónica.

6 Bibliografía

1. A. Pérez Solaz^{1,a}, R. Ferrandis Comes^{2,a}, J. V. Llau Pitarch^{2,b}, M. J. Alcántara Noalles^{1,a}, A. Abengochea Cotaina^{1,b}, M. Barberá Alacreu^{1,c}, F. 4.J. Belda.

Capítulo 41

ENFERMERÍA ANTE EL DESARROLLO CON LOS PACIENTES CON HIPOTERMIA PERIOPERATORIA

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

CELIA CARRETERO PÉREZ

1 Introducción

La importancia de la seguridad de nuestros pacientes en el ámbito quirúrgico ha impulsado muchos proyectos encaminados a un mejor control y eficacia clínica de variables que impiden o modulan los resultados de las técnicas quirúrgicas y están directamente relacionadas con ellas. Se han propuesto varios métodos para mantener la temperatura corporal, uno de los cuales implica la administración intravenosa de nutrientes durante el período perioperatorio, lo que puede reducir la pérdida de calor a través del aumento del metabolismo y luego aumentar la termogénesis. La presencia de una estrategia de calefacción es más común que el control de la temperatura. Esto sugiere que la protección térmica de los pacientes se hacía a ciegas, desconociendo su temperatura. Todos los resultados de este estudio son alarmantes por los efectos secundarios asociados a la hipotermia y por

el hecho de que los anestesiólogos reconocen la importancia de prevenir y corregir la hipotermia no intencionada en el quirófano, especialmente en pacientes de alto riesgo o sometidos a cirugía mayor. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Manejo del Dolor –SEDAR– manteniendo un interés constante en la variable que define claramente el desenlace de nuestros procesos clínicos, se desarrolla hipotermia no intencional en todos los pacientes sometidos a anestesia y cirugía.

2 Objetivos

- Describir los métodos de calentamiento utilizados por el personal de enfermería para evitar la pérdida de calor corporal en el periodo perioperatorio.
- Detallar los mecanismos corporales que influyen en la aparición de hipotermia.
- Enumerar las consecuencias que tiene la hipotermia perioperatoria en 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

Método de calentamiento:

Calefacción pasiva: Técnica de aislamiento para evitar o minimizar la pérdida de calor. - Efecto sobre la temperatura ambiente: La temperatura en el quirófano es el factor más importante que afecta la pérdida de calor debido a la radiación y la convección de la piel y la evaporación del campo quirúrgico. La temperatura del quirófano debe ser de 24 °C durante el inicio y hasta que el paciente esté listo y cubierto.

Aislamiento Pasivo: La forma más fácil de reducir la pérdida de calor a través de la piel es aplicar aislamiento pasivo a su superficie. Las mantas de algodón son el aislante más común en cualquier quirófano.

Calentamiento activo: métodos para asegurar la transferencia de calor. Ventilación obligatoria: calentar al paciente con ventilación mecánica es un método ampliamente aceptado para prevenir la hipotermia debido a su eficacia bien documentada, bajo costo y facilidad de uso. Estos incluyen un calentador eléctrico, chimenea y manta. Suele ser una combinación de papel y plástico y la mayoría son desechables, por lo que no se pueden reutilizar debido al riesgo potencial de contaminación de la piel asociado a esta práctica. Bajo ninguna circunstancia se debe aplicar la corriente de aire caliente directamente sobre la piel del paciente sin una manta, ya que la concentración continua de gran flujo de aire a alta temperatura sobre una pequeña

área de piel puede causar quemaduras graves. El principal factor que afecta el flujo de calor es el gradiente de temperatura: cuanto menor es la temperatura corporal, mayor es el gradiente y mayor el flujo de calor (es decir, cuanto más eficiente es el sistema de ventilación mecánica en pacientes hipotérmicos), y cuanto mayor es la temperatura corporal, mayor el gradiente más reducido. , y cuanto más alto es, menos eficiente es el sistema de aire forzado. El sistema de suministro de calor y drenaje no solo transfiere calor al cuerpo, sino que también reduce a cero la pérdida de calor del área cubierta. Los sistemas de calefacción por soplado se utilizan comúnmente para la calefacción activa. De hecho, son más efectivos para prevenir la hipotermia. Los pacientes tratados con estos sistemas salen del quirófano en promedio 1,5 °C más que con otros métodos de calentamiento. La principal desventaja de la ventilación forzada es la distribución desigual del calor dentro de la manta: el área más alejada de la entrada recibe menos calor que el área más cercana. - Líquido de calefacción. Se estima que la administración intravenosa de 1 litro de cristales a temperatura ambiente en el quirófano reducirá la temperatura corporal en 0,25, aunque estos datos dependen de muchos factores como el tamaño corporal, la temperatura corporal, la temperatura ambiente, el flujo sanguíneo a los tejidos, capacidad de construcción del cuerpo. Tasa de transferencia de calor y calor. El principal problema con la mayoría de los calentadores de líquidos es que la temperatura al final de la línea IV no coincide con la temperatura especificada por el paciente. El calentamiento de líquidos no sustituye a los sistemas descritos anteriormente. Es eficaz en combinación con la ventilación mecánica, pero no es suficiente para prevenir la hipotermia o restablecer rápidamente la anemia, por lo que no debe utilizarse como único método para calentar a los pacientes. - Calentamiento de fluidos de irrigación de cavidades corporales, por ejemplo en cirugía urológica. Existen calentadores especiales (tecnológicamente similares a los calentadores de fluidos intravenosos) para infundir fluidos a temperatura corporal y con flujo que se utilizan comúnmente en este tipo de

cirugía. El calentamiento activo tiene un efecto clínicamente positivo en el paciente. Esto redujo el riesgo de complicaciones cardíacas y circulatorias graves en un estudio de pacientes con enfermedades cardíacas y circulatorias graves, pero la evidencia aún no es concluyente. El calentamiento activo reduce la tasa de infección y las complicaciones de las heridas postoperatorias. Este efecto se demostró en dos estudios muy amplios en pacientes sometidos a cirugía abdominal.

En un estudio, el calentamiento artificial se usó solo antes de la cirugía y en otro, se usó intraoperatoriamente. Los pacientes tratados con el sistema de recalentamiento activo tenían aproximadamente un tercio más de riesgo de escalofríos o escalofríos postoperatorios en comparación con los que recibieron el tratamiento de control. El confort térmico del paciente aumentó en comparación con la intervención de control. La incubación, por otro lado, tuvo poco o ningún efecto sobre el riesgo de muerte, pérdida de sangre o la necesidad de transfusión de sangre. No hubo diferencia en el número de ataques cardíacos no fatales, ansiedad o dolor en comparación con los grupos de control. Las pruebas en la revisión no nos permitieron determinar qué sistema de calefacción es mejor. Sin embargo, un estudio con bajo riesgo de sesgo mostró mejores resultados cuando el recalentamiento sistémico se extendió al período preoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal mayor. Solo pudimos obtener información limitada de los informes de investigación sobre los efectos secundarios. En algunos casos, no se informaron efectos secundarios durante el estudio. Los aminoácidos intravenosos pudieron mantener la temperatura corporal de los participantes medio grado más alta que la del grupo de control. Esta diferencia fue estadísticamente significativa al final de la cirugía, pero no en otros momentos. Sin embargo, la relevancia clínica de este hallazgo sigue siendo incierta. Tampoco está claro si los aminoácidos contribuyen al riesgo de temblor y si los nutrientes parenterales proporcionan otros beneficios o daños debido a la falta de datos cualitativos sobre estos hallazgos.

5 Discusión-Conclusión

Evitar la hipotermia de los pacientes es fundamental para conseguir una recuperación postoperatoria adecuada, consiguiendo reducir las molestias postquirúrgicas, así como complicaciones, por ejemplo, infecciones en la herida quirúrgica. En cuanto a los tipos de mecanismos para mantener al paciente en normocromía, son más efectivos el calentamiento activo frente al pasivo. Utilizar mantas de calor y fluidos a temperatura corporal, tanto para su uso intravenoso, como para irrigación de cavidades, es eficaz, ayudando a mantener al paciente a una tem-

peratura óptima.

Es labor de enfermería, preparar y disponer de los mecanismos necesarios, ayudando así a acortar los tiempos de recuperación e incluso la estancia hospitalaria.

6 Bibliografía

1. De Mattia, A.L; Barbosa M. H; de Freitas Filho, J.P; De Mattia Rocha, A; Costa Pereira, N.H. Infusión venosa calentada en el control de la hipotermia durante el período intraoperatorio. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.21 no.3 Ribeirão Preto June 2013.
2. Da Silva Feu Santos, R.M; De Fatima Santana Ferreira Boin, I; Aparecida Arivabene, C; Araújo Cintra, E; Agostini Torres, N; Nogueira Duarte, H. Estudio clínico aleatorizado comparando métodos de calentamiento activo para prevención de hipotermia intraoperatoria en gastroenterología. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.27 Ribeirão Preto 2019 Epub Jan 17, 2019.
3. J. M. Campos Suárez, J. M. Zaballos Bustingorri. Hipotermia intraoperatoria no terapéutica: causas, complicaciones, prevención y tratamiento. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2003; 50: 135-144.
4. J.M. Calvo Vecino, R; Casans Francés, J Ripollés Melchor, C; Marín Zaldívar, M. Gómez Ríos, A. Pérez Ferrer, J.M. Zaballos Bustingorri, A. Abad Gurumeta. Clinical practice guideline. Unintentional perioperative hypothermia. Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition), Volume 65, Issue 10, December 2018, Pages 564-588

Capítulo 42

ENFERMERÍA Y SU APORTACION EN LOS PACIENTES CON EL DOLOR ONCOLÓGICO

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

CELIA CARRETERO PÉREZ

1 Introducción

Enfermería es el equipo médico que se encarga de suministrar los medicamentos necesarios para evitar el dolor a las personas con cáncer.

Existe evidencia de que el dolor de los pacientes con cáncer es intenso y, por lo tanto, puede tener graves consecuencias para el paciente. En general, el dolor tiende a desarrollarse de forma crónica, con agudizaciones y crisis de diverso origen y, por regla general, con un componente emocional y angustioso adicional. Si bien existen herramientas terapéuticas para un buen control de la mayoría de los dolores relacionados con el cáncer, se ha demostrado que estos pacientes no experimentan ningún dolor. Sin duda, las enfermeras juegan un papel importante en el manejo adecuado del dolor, tanto en atención primaria como en el hospital. Esto involucra muchas áreas, como la evaluación de la fuente y la

gravedad del dolor, y la atención de seguimiento adecuada. Este artículo analiza las principales escalas de dolor, los tratamientos farmacológicos disponibles en la actualidad, las estrategias para su uso y algunas recomendaciones de dosificación. En conclusión, mientras que el conocimiento y el compromiso de las enfermeras con el manejo del dolor por cáncer está aumentando, la evaluación del dolor, el enfoque individual del paciente y el uso preciso de analgésicos están aumentando.

2 Objetivos

Identificar y mejorar el conocimiento de las enfermeras sobre el dolor oncológico para brindar una atención de calidad a los pacientes con este tipo de dolor.

3 Metodología

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

4 Resultados

Antes de iniciar el tratamiento se debe realizar una evaluación adecuada con tres objetivos bien definidos: evaluación del dolor del paciente, evaluación de la eficacia del tratamiento con implantes y revisión de eventos adversos. La información del propio paciente (autoinforme) es la mejor manera de evaluar el dolor, aunque debe agregarse y confirmarse con los informes de los cuidadores (familiares, allegados, etc.) para tener en cuenta las características del dolor (tipo de dolor, ubicación, distribución, tiempo, etc.), magnitud, tipo y posibles consecuencias para la función del objeto, así como la identificación de otros factores coexistentes. La evaluación del dolor es más compleja que la simple medición del dolor y requiere el uso de parámetros que sirvan como guía rápida y clínica para los profesionales de la salud (tanto médicos como de enfermería). En general, las pruebas de dolor, por exhaustivas que sean, pueden reducir las respuestas de un paciente a cuatro preguntas: qué dolor, dónde, cómo y cuánto duele. La intensidad se puede establecer usando una escala categórica (sin dolor, leve, moderado,

severo, abrumador), numérica, verbal o visual similar de 0 (sin dolor) a 10 (dolor máximo concebible).

Este último es el más utilizado debido a su simplicidad y facilidad de implementación en todo el mundo. La Escala Analógica Visual también tiene la ventaja de que puede utilizarse, además de estimar la intensidad, para medir el alivio del dolor. Debe ir acompañado de indicadores adecuados de sueño, calidad de vida y actividad física (ECOG, Índice Karnowski, EuroQol...)

La valoración del dolor debe ser considerada un parámetro normal de la práctica clínica diaria, considerado el quinto signo vital, y tanto médicos como enfermeras deben participar activamente. Para ello se utilizará una báscula de fácil manejo y un calibrador con escala análoga visual que podrá llevar consigo y notas breves a intervalos regulares con anotaciones diarias de dolor para registrar el desempeño de su variación periódica en la historia del paciente. Este sistema de registro permite que todo el personal médico en contacto con el paciente tenga acceso al conocimiento sobre el dolor y su evolución. En algunos hospitales, este hallazgo se suma a otros protocolos hospitalarios y se considera un beneficio adicional en el manejo adecuado del dolor. Los profesionales de la salud son quizás el personal del hospital mejor capacitado para evaluar el dolor de manera continua y efectiva, y mejor equipados para detectar la posibilidad de nuevos síndromes de dolor, intervenir no solo en la medición del dolor y la respuesta analgésica, sino también en la educación de los pacientes y sus familias sobre el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo enfatizando que el manejo adecuado de este tipo de dolor en enfermeras depende de la aplicación de la medicina y la práctica basadas en la evidencia. En este estudio, la práctica basada en la evidencia se definió como una decisión clínica basada en la mejor evidencia, la experiencia clínica y las preferencias del paciente. Por lo tanto, se espera que las enfermeras tengan los conocimientos y habilidades para poder poner en práctica este tipo de intervención, pero para hacerlo bien, todavía hay dificultades y obstáculos. Las barreras experimentadas por las enfermeras fueron principalmente organizativas y temporales, como la falta de tiempo, la gran carga de trabajo, el uso inadecuado de las intervenciones farmacológicas y la falta de conocimiento y conciencia sobre el manejo del dolor.

6 Bibliografía

1. Dopico Santamariña LM, Hermida Porto L. Manejo del dolor oncológico [monografía en Internet]. Fisterra; 2014 [acceso 8 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/manejo-dolor-oncologico/>.
2. Bartoszczyk DA, Gilbertson-White S. Interventions to nurse-related barriers in cancer pain management. *Oncol Nurs Forum* [revista en Internet]. 2015 [acceso 10 de mayo de 2017]; 42(6): [634-41]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4617595/>.
3. Hochstenbach LMJ, Zwakhlande SMG, Courtens AM, van Kleef M, de Witte LP. Feasability of a mobile and web-based intervention to support self-management in outpatients with cancer pain. *Eur J Oncol Nurs* [revista en Internet]. 2016 [acceso 10 de mayo de 2017]; 23: [97-105]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388916300278>.
4. Pereira DTS, Andrade LL, Agra G, Lopes Costa MM. Conduas terapêuticas utilizadas no manejo da dor em oncologia. *Rev Pesqui Ciud Fundam* [revista en Internet]. 2014 [acceso 10 de mayo de 2017]; 7(1): [1883-90]. Disponible en: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3578/pdf_1423.
5. Shahriary S, Shiryazdi SM, Shiryazdi SA, Arjomandi A, Haghighi F, Vakili FM et al. Oncology nurses knowledge and attitudes regarding cancer pain management. *Asian Pac J Cancer Prev* [revista en Internet]. 2015 [acceso 10 de mayo de 2017]; 16(17): [7501-06]. Disponible en: http://journal.waocp.org/article_31612_ff9a7164191b1289b7bb3254da173d3a.pdf.
6. Hernán Garrido R. Manejo del dolor en cáncer. *Rev Med Clin Condes* [revista en Internet]. 2013 [acceso 10 de mayo de 2017]; 24(4): [661-666]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revistamedicaclinicalascondes-202-articulo-manejo-del-dolor-cancerS0716864013702050>

Capítulo 43

ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DOMICILIARIO EN CASOS LEVES DE BROQUIOLITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

CELIA CARRETERO PÉREZ

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

1 Introducción

Las infecciones respiratorias suponen una de las principales causas de demanda asistencial en pacientes pediátricos, especialmente en los meses de otoño e invierno, siendo la bronquiolitis, la causa más frecuente de hospitalización por infección de vías respiratorias bajas en niños menores de dos años (1).

El virus respiratorio sincitial (VRS), causa el 70-80% de los casos de bronquiolitis, aunque hay otros patógenos causantes como el adenovirus, paramixovirus, virus Coxsackie, rinovirus, etc. (2).

En 2020-2021, las medidas físicas frente al COVID-19 (uso de mascarilla, higiene de manos, distancia social, etc.), dieron como resultado un descenso importante

en la incidencia de VRS. Sin embargo, durante el año 2022, se han detectado casos de bronquiolitis antes de lo habitual, incluso en primavera (3).

Además, se estima que la propagación del virus es más rápida de lo habitual y que está causando más casos de hospitalización. Todo ello está derivando en una gran preocupación en las instituciones sanitarias (3).

Se cree que esto es debido a que durante la pandemia del Covid-19, la población, tanto niños, como padres, han tenido poco contacto con el VRS y otros virus, y, por tanto, no han podido adquirir inmunidad frente estos virus respiratorios (3). Inicialmente, la bronquiolitis cursa con sintomatología de vías respiratorias altas como rinorrea, tos y estornudos. Puede o no haber fiebre que generalmente no suele ser elevada. Tras 1 - 4 días aparecen irritabilidad, disnea, sibilancias, crepitantes, dificultad respiratoria y rechazo a la alimentación (4).

Habitualmente, los casos suelen ser leves y no precisan ingreso hospitalario, siendo suficiente el tratamiento domiciliario con medidas de soporte y seguimiento en atención primaria. No se recomienda el uso rutinario de tratamiento farmacológico (4).

2 Objetivos

- Aportar una visión general de la etiopatología de la bronquiolitis aguda pediátrica.
- Exponer la situación actual y las posibles causas del aumento en el número de casos.
- Definir los cuidados que se deben realizar en el domicilio en casos leves de bronquiolitis en pacientes pediátricos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en distintos soportes electrónicos y manuales, en los que se han consultado artículos, monografías, tesis, guías de práctica clínica, libros, etc.

Para ello, se han consultado bases de datos tanto de ciencias de la salud (PubMed, Biblioteca Cochrane, MedlinePlus) como multidisciplinarias (Google Scholar o Scopus), mediante la combinación de términos DeCS y su correspondiente traducción al inglés (Mesh).

-DeCS: “bronquiolitis”, “pediatría”, “epidemiología”, “síntomatología”, “tratamiento”.

-MeSH: “bronchiolitis”, “pediatrics”, “epidemiology”, “symptomatology”, “treatment”.

Para afinar la búsqueda, se han establecido unos criterios de inclusión como son: artículos originales, idioma castellano e inglés, y antigüedad máxima de 5 años, a excepción de artículos considerados de gran relevancia.

Tras dicha investigación, se han seleccionado los trabajos con mayor trascendencia para la elaboración de este trabajo.

4 Resultados

El diagnóstico de bronquiolitis se basa generalmente en la historia clínica y examen físico. No se recomienda la realización rutinaria de pruebas complementarias, aunque dichas pruebas pueden ser de utilidad en casos determinados.

- La pulsioximetría: está indicada para una valoración inicial y el seguimiento clínico de los pacientes con repercusión de la función respiratoria.

- Placa de tórax: habitualmente se observan atelectasias y atrapamiento aéreo.

Puede ser de utilidad en niños con dificultad respiratoria moderada o grave, para clarificar el diagnóstico o en casos de mala evolución de la enfermedad (8).

- Prueba de detección de virus: se pedirá en bebés menores de tres meses con fiebre sin foco aparente y lactantes con catarro que tengan factores de riesgo (bajo peso al nacer, cardiopatía congénita, inmunodeficiencia, etc.) (8).

- Proteína C reactiva y procalcitonina: puede resultar apropiado para detectar la sobreinfección bacteriana (8).

- Tira de orina, sedimento y urocultivo: se realizará en bebés menores de 2-3 meses con diagnóstico de bronquiolitis aguda y fiebre de 39° que no remite (8).

Generalmente, el diagnóstico, se llevará a cabo por el facultativo en atención primaria, que, tras examinar al paciente, determinará la gravedad del cuadro.

Para ello, se tendrán en cuenta criterios clínicos de gravedad como la cianosis central, taquipnea, aliento nasal, tiraje intercostal, apneas, saturación de oxígeno menor de 92% y repercusión del estado general (rechazo a la alimentación inferior al 50%, letargia, irritabilidad, etc.) (7,8).

Si se establece que la gravedad es leve, se indicarán una serie de medidas de soporte domiciliares que los padres deberán llevar a cabo (4,9):

- Mantener la permeabilidad de vía aérea superior mediante aspiración de secreciones nasales y lavados con suero fisiológico a demanda. Esto puede ayudar a evitar complicaciones como la otitis.

- Control de temperatura corporal.

- Administración de fármacos antitérmicos si precisa.

- Evitar exposición a irritantes como el tabaco.
- Mantener postura semiincorporada en todo momento (más de 30°).
- Asegurar una buena hidratación. Si no tolera la toma de líquidos, ofrecer en pequeñas porciones.
- Mantener una temperatura ambiental que no supere los 20°.
- No llevar a la guardería hasta que desaparezcan los síntomas por completo.
- Proporcionar un ambiente tranquilo y relajado.
- Utilizar ropa cómoda y holgada.
- Observar posibles signos de alarma: dificultad respiratoria, coloración azulada de la piel, pausas en la respiración, vómitos o rechazo a los alimentos, agitación o aumento de la frecuencia respiratoria.

Si se observa alguno de estos síntomas, acudir a urgencias rápidamente.

El seguimiento lo llevará a cabo el pediatra del centro de salud mediante citas telefónicas o presenciales en función de la gravedad y la evolución del cuadro.

5 Discusión-Conclusión

El número de casos de bronquiolitis aguda en pacientes pediátricos ha aumentado considerablemente en el último año, generando preocupación a nivel mundial. Esta situación ha llevado al límite a las áreas de hospitalización pediátrica.

Además, supone una gran preocupación para padres y madres por las graves repercusiones que puede generar en la salud de sus hijos.

Es por ello que es tan importante la prevención y es principalmente desde atención primaria donde habría que educar a todos los padres y/o cuidadores sobre las medidas de prevención oportunas, haciendo especial hincapié en aquellos que tienen hijos menores de 2 años.

Además, si con todo ello no fuera suficiente, habría que indicar cuidadosamente sobre los cuidados domiciliarios que deben realizarse a aquellos que han contraído el virus, para así evitar o disminuir las complicaciones asociadas.

6 Bibliografía

1. Ferreruela R, Coloma T, Tejedor N, Fernando M, Ferrer P. Proceso de atención de enfermería ante un paciente pediátrico con bronquiolitis. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2022 [Consultado 15 Dic 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-ante-un-paciente-pediatrico-con-bronquiolitis/>.

2. Milési C, Baleine J, Cambonie G. Tratamiento de las bronquiolitis agudas del lactante. EMC-Tratado de Medicina [Internet]. 2022 [Consultado 15 Dic 2022]; 26(3). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541022468437?via%3Dihub>.
3. Martínez I, Resin S. Bronquiolitis por el virus respiratorio sincitial: cómo está la situación. The Conversation [Internet]. 2022 [Consultado 16 Dic 2022]. Disponible en: https://repisalud.isciii.es/bitstream/handle/20.500.12105/15234/BronquiolitisVirusRespiratorioSincitial_2022.pdf?sequence=1.
4. García ML, Korta J, Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. Protoc diagn ter pediatr. 2017;1:85-102.
5. Pérez J. Bronquitis y bronquiolitis. Pediatría Integral [Internet]. 2016 [Consultado 16 Dic 2022]; 20 (1): 28-37. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-01/2016-bronquitis-y-bronquiolitis/>.
6. Benito C, Larriba T, Peón I, Gasca M, Fau R, Maza M. Bronquiolitis aguda en pacientes pediátricos. Artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2022 [Consultado 16 Dic 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/bronquiolitis-aguda-en-pacientes-pediatricos-articulo-monografico/>.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre bronquiolitis aguda. 2010.
8. Dul Mar. Bronquiolitis aguda: ¿Seguimos la evidencia científica?. 17º Congreso de Actualización. Pediatría 2020; 15 de Febrero 2020. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2020

Capítulo 44

ENFERMERÍA ANTE LA EDUCACIÓN ALIMENTARIA

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo. La hipercolesterolemia es uno de los factores de riesgo modificables más determinantes en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. En España son muchos los adultos de mediana edad que sufren de hipercolesterolemia. Esto constituye un grave problema de salud y unos gastos sanitarios muy elevados.

El colesterol es una estructura molecular lipídica producida por el organismo y aportada por determinados alimentos que ingerimos, que circula por el torrente sanguíneo y que es necesaria para el buen funcionamiento del mismo. Participa en la síntesis de hormonas sexuales y suprarrenales, forma parte de la estructura de las membranas celulares, participa en la síntesis de vitaminas y es precursor de sales biliares, entre otras funciones.

Dos tipos de colesterol son:

- El HDL (lipoproteínas de alta densidad) o también conocido como colesterol bueno, capaz de transportar el colesterol de tejidos periféricos hasta el hígado para su eliminación. Se considera un factor protector anti aterogénico.
- El LDL (lipoproteínas de baja densidad) o colesterol malo. Un exceso de este colesterol produce placas de ateroma, obstruyendo vasos sanguíneos.

Varios estudios ponen de manifiesto que valores de colesterol total superiores a 200 mg/dl, aumenta el riesgo de sufrir una afección cardiovascular. Lo ideal sería tener cifras por debajo de 200 mg/dl. Cuando este valor se encuentra establecido entre 240/250 mg/dl hablamos de hipercolesterolemia

Existen formas de bajar el colesterol LDL y subir el HDL, reduciendo riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares. Mantener estilos de vida saludables pueden a largo plazo reducir dicha incidencia.

Para ello utilizaremos la Educación Sanitaria, que es una de las labores de enfermería, a través de la cual se contribuye a que la población adquiera conductas y habilidades beneficiosas para la salud. Es un potente instrumento para el cambio de conductas. Promover el autocuidado es clave para facilitar cambios en estilos de vida poco saludables.

2 Objetivos

- Dar a conocer en lo que consiste una dieta recomendable para pacientes adultos con hipercolesterolemia.
- Resaltar la importancia de la enfermera como educadora sanitaria, dentro del contexto de los pacientes adultos con hipercolesterolemia.

3 Metodología

La metodología de investigación bibliográfica que se ha utilizado se ha basado en la búsqueda y revisión bibliográfica exhaustiva a través de Dialnet, Medline Plus, Scielo, filtrando resultados, escogiendo las publicaciones más recientes y haciendo una lectura crítica de las mismas, evaluando su validez.

4 Resultados

La hipercolesterolemia puede estar causada por varios factores, como la genética, la edad, algunos medicamentos o afecciones médicas. Pero la causa más común

es un estilo de vida poco saludable. Aquí se incluye el sedentarismo y la falta de actividad física, el hábito tabáquico y los hábitos alimentarios poco saludables. En este caso nos vamos a centrar en la influencia de la alimentación, y en su poder (en combinación de todo lo dicho) para mejorar las cifras de colesterol. Las recomendaciones alimentarias para pacientes adultos con hipercolesterolemia son:

- Dieta baja en grasas saturadas. Este tipo de grasa se encuentra en algunas carnes, productos lácteos, fritos, alimentos procesados, chocolate. Así también se deben disminuir alimentos con grasas trans, presentes en alimentos hechos con grasas y aceites hidrogenados, tales como fritos, margarinas, bollería industrial y alimentos procesados.
- Priorizar grasas saludables como las presentes en nueces, aceite de oliva, carnes magras, cacahuètes, aguacate
- Alimentos ricos en fitoesteroles (semillas, frutos secos...), que ayudan a controlar los niveles de colesterol.
- Dieta rica en verdura, frutas y legumbres. Tomar una buena cantidad de fibra soluble puede ayudar a disminuir el colesterol debido a que la fibra se une a al colesterol impidiendo su absorción
- Consumo de pescado rico en ácidos grasos omega-3 (salmón, sardinas, mejillones, atún, caballa, anchoas...). Este tipo de pescado ayuda a subir el colesterol HDL.
- Elegir granos enteros, harinas integrales, productos lácteos bajos en grasa, quesos frescos, aves sin piel y en cantidades moderadas, carnes magras. Disminuir alimentos de origen animal como vísceras, hígado, embutidos, salchichas.
- Moderar el consumo de alcohol.

Lo ideal es elegir alimentos variados y nutritivos. Llevar una adieta mediterránea ha demostrado tener muchos beneficios para las dislipemias, siendo una excelente alternativa para la prevención de afecciones cardiovasculares.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo de este trabajo, la alimentación es un factor clave dentro del tratamiento de la hipercolesterolemia en el paciente adulto, puesto que llevar una dieta saludable es capaz de controlar las cifras de colesterol y reducir, por tanto, el riesgo de aparición de enfermedades cardiovasculares. Es clave que los adultos que sufren dicha enfermedad adopten este hábito.

Las enfermeras tenemos el poder a través de la educación sanitaria (que se efectuará respondiendo a las necesidades de cada paciente) de promover un estilo de

vida saludable. Mediante ella informaremos y ampliaremos el conocimiento del paciente con dislipemia en relación con su salud y los capacitaremos para llevar una alimentación adecuada, fomentando su autocuidado.

La educación sanitaria les ayudará a concienciarse y a desarrollar actitudes y habilidades que promuevan el cambio que buscamos. Esto tiene un gran impacto, pudiendo reducir la morbilidad cardiovascular.

6 Bibliografía

1. García Andrés I, Moros Peiro B, Delgado Guerrero B, Muñoz Solera C, Lozano Alonso S, Sisamón Marco I. Prevención y mejora de hipercolesterolemia. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [consultado 8 mayo de 2023]; 2 (10). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-y-mejora-de-hipercolesterolemia/>
2. Morales Briceño E, Acquatella H. Nuevas guías para el tratamiento de los aumentos de colesterol. Riesgos versus metas. Gaceta Médica de Caracas [Internet]. 2017 [consultado 8 mayo de 2023]; 125 (4): 266-275. Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/gmc/v125n4/art02.pdf>
3. MedlinePlus en español. Cómo bajar su colesterol con dieta [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE.UU); actualizado 6 mayo 2021 [consultado 9 mayo 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/howtolowercholesterolwithdiet.html>

Capítulo 45

ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL EN PACIENTES ADULTOS

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

1 Introducción

La inserción de un catéter venoso central es un procedimiento invasivo muy utilizado en el ámbito hospitalario, no solo en pacientes críticos, sino también es común en hospitalizados con estancias prolongadas.

Consiste en la inserción de un catéter en el espacio intravenoso con el fin de administrar medicamentos, nutrición parenteral, tóxicos, irritantes, contrastes, soluciones... También se canaliza cuando hay mal acceso venoso periférico o en pacientes que requieren múltiples infusiones, aparte de servir en determinados procedimientos terapéuticos y diagnósticos. Es una práctica facilitadora de muchos procedimientos y muy útil en muchas afecciones.

Se inserta a través de la vena subclavia, femoral, yugular interna, yugular externa, cefálica o basilica. La elección del sitio de inserción depende de la experiencia del médico que canalice, de la necesidad y anatomía del paciente, el uso que se le quiera dar..., aunque las más utilizadas son la subclavia y la yugular.

Las infecciones son una de las principales complicaciones de los CVC. Así también existen complicaciones no infecciosas que pueden ser inmediatas o tardías: punción arterial, neumotórax, hemotórax, sangrado, arritmia, estenosis venosa, migración del catéter... Estas complicaciones repercuten en el aumento de los días de hospitalización de los pacientes, en la mortalidad y, por tanto, impacta en el gasto sanitario.

2 Objetivos

- Dar a conocer el cuidado y mantenimiento del catéter venoso central.
- Educar al colectivo enfermero en la correcta manipulación del catéter venoso central.

3 Metodología

La metodología de investigación bibliográfica que se ha utilizado se ha basado en la búsqueda avanzada a través de Pudmed, Cochrane, Dialnet, Medline Plus, Scielo, filtrando resultados, escogiendo las publicaciones más recientes y haciendo una lectura crítica de las mismas, evaluando su validez.

4 Resultados

Hoy en día el empleo de los catéteres venosos centrales es un procedimiento muy utilizado y clave en el manejo de muchas patologías. Así también, suponen una fuente de infección en muchos casos, además de muchas otras complicaciones. Está en nuestra mano mediante una buena práctica y cumpliendo los protocolos actualizados del cuidado de catéter venoso central, reducir la incidencia de dichos efectos adversos.

Para ello debemos:

- Prestar atención a signos y síntomas de infección tales como fiebre, eritema, dolor... Evaluar cualquier otro signo de complicación como sangrados, migración del catéter...

- Cura del punto de punción con un apósito transparente que deje ver el punto de inserción, cada 7 días o antes si se precisa (por suciedad, humedad, despegue). Cuando cambiemos el apósito debemos ir con cuidado, preservando la integridad de la piel.
- Cambiar tapones y sistemas cada pocos días o según el protocolo de cada unidad (en muchos hospitales se hace cada 72 h), manipulándolos de forma estéril para no aumentar el riesgo de infección. Desinfectar las conexiones del catéter antes de acceder al mismo
- Poner la fecha de los cambios de apósitos y sistemas en un lugar visible
- Garantizar la permeabilidad del catéter. Lavar y sellar las luces del catéter. Conservar siempre las pinzas de clampado.
- Aplicar técnica aséptica a la hora de administrar las soluciones o medicamentos.
- Seguir la recomendación de utilización de las luces:
 - * luz distal: para sueroterapia, medicación.
 - * luz media: para nutrición parenteral (siempre debe ir en una luz sola). Si el paciente no tiene nutrición parenteral se puede utilizar para medicación
 - * luz proximal: para medicación intermitente y extraer sangre
- Explicar al paciente y familiares funcionamiento y cuidados principales del CVC, fomentando el autocuidado (mantener una buena higiene y forma de realizar el aseo diario, utilización de ropa adecuada evitando collares y elementos que puedan obstaculizar el uso del catéter, signos de alarma ante los que hay que avisar al personal de la unidad...)
- Manipular lo mínimo el CVC
- Y por supuesto higiene de manos y correcto uso de guantes para su manipulación

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir muchas de las potenciales complicaciones derivadas de la inserción de un catéter venoso central es esencial la capacitación de las personas que se hallen al cuidado y mantenimiento de los mismos, que en este caso son las enfermeras. Cuidar a los pacientes es saber como efectuar correctamente los cuidados. Como hemos visto, la inserción de CVC es una práctica muy común y que ha ido aumentando progresivamente con el paso de los años. Sin embargo, puede entrañar algunas complicaciones como son las infecciones. Su manipulación debe hacerse con estrictas medidas de asepsia y es esencial una vigilancia estrecha para detectar de forma temprana cualquier signo de alarma.

Si aplicamos los cuidados arriba descritos, disminuirémos los riesgos de cualquier complicación, no retrasando la estancia en el hospital más de lo necesario de los pacientes, no incrementando la tasa de morbilidad y repercutiendo, por tanto, en el gasto sanitario.

6 Bibliografía

1. Hernández Pérez R, Polop Martínez AM. Cuidados de enfermería en pacientes con catéter venoso central (CVC). *Enfermería integral: Revista científica del Colegio de Enfermería de Valencia* [Internet]. 2011 [consultado 7 mayo 2023]; (94): 28-30. Disponible en: <https://www.enfervalencia.org/ei/94/ENF-INTEG-94.pdf>
2. García Carranza A, Caro Pizarro V, Quirós Cárdenas G, Monge Badilla MJ, Arroyo Quirós A. Catéter Venoso Central y sus complicaciones. *Revista Medicina Legal de Costa Rica* [Internet]. 2020 [consultado 10 mayo 2023]. 37 (1). Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v37n1/2215-5287-mlcr-37-01-74.pdf>

Capítulo 46

ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA HERIDA POR MORDEDURA DE PERRO

VANESSA ZUHEROS CORTECERO

INMACULADA GÁMEZ MURILLO

CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA

PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ

1 Introducción

Según la OMS (Organización Internacional de la Salud) define herida como “una lesión intencional o accidental, que puede producir pérdida de la continuidad de la piel y/o mucosa.” El estado general de la población se encuentra alterado por la aparición de heridas. Por esto mismo, las heridas son un importante problema de salud para la integridad cutánea y tisular.

Una herida puede ser originada en distintos tipos de edad, ya sean ancianos, población adulta o infantil. Para ello, se debe actuar de formas diferentes en cada caso y cada tipo de herida distinta. Las heridas pueden ser agudas y crónicas. Las agudas son aquellas que se originan de forma espontánea y cicatrizan con rapidez. Sin embargo, las heridas crónicas son aquellas heridas que se originan lentamente y su cicatrización es tardía, muchas de ellas no logran cicatrizar y el paciente acaba falleciendo con ellas.

Las heridas agudas con mayor repetición en las urgencias hospitalarias y de atención primaria son las mordeduras, con mayor frecuencia las ocasionadas por perros.

Las mordeduras se consideran una herida contaminada a causa de la gran cantidad de microbios que habitan en la cavidad bucal del canino. Esto provoca un aumento de transmisión de enfermedades graves, una de ellas la rabia, llegando a ocasionar algunas muertes.

La actuación del profesional de enfermería ante esta situación es un aspecto muy importante para, así, evitar la desfavorable evolución de la herida y las posibles complicaciones del estado de salud del paciente.

2 Objetivos

- Describir la actuación correcta ante un paciente que acude a los servicios de Urgencias Hospitalarias y Atención Primaria, por haber sufrido una mordedura de perro.

3 Metodología

Los artículos obtenidos para llevar a cabo la revisión narrativa han sido adquiridos realizando una búsqueda bibliográfica en la base de datos de Cochrane y Web of Science. La estrategia de búsqueda llevada a cabo fue el uso de marcadores booleanos como AND y NOT, descriptores MesH y el uso de palabras clave como: mordedura, canino, herida, contaminada y sutura. Una vez realizada la búsqueda bibliográfica han sido 9 los artículos seleccionados para el estudio.

4 Resultados

En la búsqueda bibliográfica llevada a cabo, se considera que, las agresiones por caninos tienen una prevalencia mayor en el sexo masculino que en el femenino. En el sexo masculino tiene una prevalencia del 56%, mientras que, en el femenino un porcentaje de 44%.

Acorde a este estudio, la zona del cuerpo donde se genera mayor número de mordeduras de perro es en las extremidades inferiores, tanto en la población masculina como femenina.

Otro dato de cierto interés que ha sido obtenido de la revisión bibliográfica es, la importancia del sexo del animal que provoca la mordedura. Los perros de sexo

masculino tienden a agredir con más frecuencia que los perros de sexo femenino. Dependiendo del tipo de herida que ocasione la mordedura del canino, correrá peligro la vida del paciente o no. Dado que, algunas heridas severas provocadas por mordeduras han causado varias muertes. Según varios artículos, la raza de perros que predomina en agresiones a humanos son Labrador, Pitbull y Rottweiler. Siendo este último el que ha llegado a ocasionar lesiones mortales.

En cuanto a los artículos seleccionados, en el modo de actuación del profesional de enfermería ante estos casos primero, debe de valorar la zona donde se ha producido la agresión, el tipo de herida, las vacunas del canino y del paciente. También es de gran importancia saber si presenta alguna hipersensibilidad o alergia a algún fármaco y valorar el estado del paciente, ya que la propia situación puede generar un estado de ansiedad.

Uno de los temas de mayor controversia es el cierre primario de este tipo de heridas o el secundario. En varios artículos menciona que este tipo de heridas es una herida contaminada. Algunos autores afirman que una herida provocada por una mordedura de perro sería correcto suturar si se hace antes de las 12 horas. En zonas como la cara y cuero cabelludo lo más correcto sería cierre primario, en el resto de zonas como extremidades inferiores y superiores lo más recomendable es cierre secundario, para evitar grandes infecciones.

El protocolo de actuación ante la mordedura de perro descrito por varios artículos es el siguiente:

Higiene de manos y poner guantes estériles de la forma más aséptica posible.

Irrigación de suero salino a chorro en la zona de la herida, secando suavemente, a continuación, irrigamos la herida con antiséptico como povidona yodada o clorhexidina acuosa.

Si se halla tejido desvitalizado, retirar mediante desbridamiento quirúrgico, que ha sido el más recomendable según varios artículos.

Realizar sutura si se encuentra indicado.

Se pone un apósito para cubrir la herida o vendaje según el tamaño de esta. En el caso de ser vendaje, este será en espiral, ya que, su objetivo es proteger la herida de posibles infecciones.

Retirada guantes e higiene de manos.

Administración de medicación, en estos casos, se utilizarían antibióticos de amplio espectro para que actúen de profilaxis para prevenir posibles infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, según el estudio realizado, una de las causas que más alertan a la población es el estado de vacunación de los caninos que atacan a los pacientes. Ya que la mayor parte no se encuentran inmunizados contra la rabia. Muchos de estos animales tienen dueño, por lo que también existe una escasez de información sobre la importancia de la vacunación hacia los animales.

Se ha demostrado que este tipo de heridas aumentan en los meses de verano, que las razas que más las causan son Pitbull, Rottweiler y Labrador.

Después de haber realizado la lectura de varios artículos sobre el tema, como conclusión, es de gran necesidad promover educación a la salud y adiestramiento especial a los perros, para intentar evitar las graves lesiones que ocasionan.

Para lograr un eficaz tratamiento de la herida es necesario una abundante irrigación con suero salino y, a continuación, con antiséptico. Por otro lado, se requiere la administración de la vacuna antitetánica para evitar complicaciones.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Mordeduras de animales. 2017 Febrero.
2. Alvarado Springer, C. y Lo lacono García, V. Guía clínica de Mordeduras de perro, gato y humanos [Internet] Fistera; 2017.
3. Alfieri, A., Marro, A., Seghesso, A., Schiaffino, L., Bin, L., & Pirles, M. (2010). Agresión de perros a personas. E-Universitas UNR Journal, 1, 789-795.
4. Beran, G. W., & Frith, M. (1988). Domestic animal rabies control: An overview. Reviews of Infectious Diseases, 10, S672-S677.
5. Bobo, J., Marí, D., & Pons, M. (2011). Agresividad canina legislación, deberes y ética. Universidad Autónoma de Barcelona.
6. Organización Mundial de la Salud (2019). Rabia. Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud.
7. Sacks, J., Kresnow, M., & Houston, B. (1996). Dog bites how big a problem. Injury Prevention, 2, 53-55.
8. Universo, E (2012). Se incrementan los ataques de perros; control es insuficiente. El Universo.
9. Zanini, F., Padinger, P., Elisondo, M.C., & Perez, H. (2008). Epidemiología de las lesiones por mordedura de perro en Tierra del Fuego, Argentina. Medicina, 68 (1), 3-6.

Capítulo 47

EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA Y LA ATENCIÓN DEL ENFERMERO

CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ

OLGA FERNÁNDEZ RONDA

ANA MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ

NATALIA CABAÑAS SESEÑA

AROA ALONSO SILLERO

1 Introducción

Una planta de pediatría es una unidad especializada en un hospital o centro de atención médica dedicada a la atención de pacientes pediátricos, es decir, niños desde el nacimiento hasta la adolescencia. Estas unidades están diseñadas específicamente para satisfacer las necesidades médicas, emocionales y psicológicas de los niños y adolescentes, y proporcionan una atención integral y especializada para garantizar su bienestar y desarrollo saludable.

En una planta de pediatría, se encuentran habitaciones y áreas diseñadas de manera amigable para los niños, con colores atractivos, juegos y juguetes adecuados para su edad. El personal médico y de enfermería está altamente capacitado en pediatría y se enfoca en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades infantiles, así como en el apoyo a las familias.

Las funciones de una planta de pediatría incluyen el manejo de una amplia variedad de condiciones pediátricas, desde enfermedades comunes hasta casos más complejos. Además, se enfatiza la educación de los padres sobre el cuidado de sus hijos y se promueve la vacunación y la atención preventiva.

Una planta de pediatría es una unidad médica especializada dedicada a la atención de niños y adolescentes. Proporciona un ambiente seguro y acogedor, atención médica adaptada a las necesidades de los niños y un enfoque en la salud preventiva y el bienestar de los jóvenes pacientes.

2 Objetivos

Se tiene como objetivo exponer las funciones que tiene el enfermero como profesional sanitario en el 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

Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en una planta de pediatría, donde la atención se centra en niños y adolescentes. Sus funciones son diversas y abarcan desde el cuidado clínico hasta el apoyo emocional para garantizar que los jóvenes pacientes reciban la atención de alta calidad que necesitan. A continuación, se describen algunas de las funciones clave de los enfermeros en una planta de pediatría:

Evaluación de pacientes: Los enfermeros realizan evaluaciones iniciales exhaustivas de los pacientes pediátricos, tomando en cuenta su historial médico, síntomas actuales y signos vitales. Esta evaluación es esencial para determinar el plan de atención adecuado para cada niño.

Administración de tratamientos: Los enfermeros son responsables de administrar medicamentos y tratamientos, asegurando que las dosis sean adecuadas y seguras para los niños. Esto puede incluir la administración de medicamentos orales, inyecciones o terapias intravenosas.

Monitorización continua: Durante la hospitalización, los enfermeros monitorizan de cerca a los pacientes, registrando y evaluando regularmente los signos vitales, la respuesta a los tratamientos y cualquier cambio en la condición de los niños. Esto ayuda a identificar problemas potenciales de manera temprana.

Educación a los padres: Los enfermeros desempeñan un papel importante al proporcionar educación a los padres sobre el cuidado de sus hijos, la administración de medicamentos en el hogar y la comprensión de las condiciones médicas. Esto empodera a los padres para cuidar adecuadamente a sus hijos cuando regresen a casa.

Apoyo emocional: Los enfermeros brindan apoyo emocional a los niños y sus familias, especialmente en situaciones de enfermedad grave o procedimientos médicos dolorosos. Crean un ambiente acogedor y compasivo para ayudar a aliviar la ansiedad y el miedo de los niños.

Coordinación de cuidados: Los enfermeros colaboran estrechamente con otros profesionales de la salud, como médicos pediatras, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales, para garantizar una atención multidisciplinaria y coordinada para los pacientes pediátricos.

Promoción de la prevención: Los enfermeros en una planta de pediatría también desempeñan un papel importante en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Esto puede incluir la administración de vacunas y la educación sobre hábitos saludables.

Los enfermeros en una planta de pediatría tienen la responsabilidad de brindar atención médica especializada y compasiva a los niños y adolescentes. Su enfoque en la evaluación, el tratamiento, la educación y el apoyo emocional es esencial para garantizar el bienestar de los jóvenes pacientes y sus familias durante su estancia en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento en la planta de pediatría, es esencial que los enfermeros sigan algunas recomendaciones clave. En primer lugar, la comunicación efectiva y la colaboración con el personal médico y otros profesionales de la salud son fundamentales. Trabajar en equipo y mantener líneas abiertas de comunicación asegura una atención coordinada y eficiente para los pacientes pediátricos.

En segundo lugar, mantener un enfoque centrado en el niño y su familia es esencial. Los enfermeros deben ser sensibles a las necesidades emocionales de los niños y sus padres, brindando apoyo y comprensión en situaciones difíciles. Además, la educación a los padres sobre el cuidado en el hogar y la importancia de la prevención de enfermedades es crucial para el bienestar continuo de los niños.

Al seguir estas recomendaciones y mantener un ambiente de cuidado compasivo, los enfermeros contribuyen significativamente al buen funcionamiento de la planta de pediatría, garantizando que los niños reciban la atención de alta calidad que merecen y que sus familias se sientan respaldadas durante su estancia en el hospital.

6 Bibliografía

1. Zabalegui Yáñez, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Capítulo 48

EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE NEONATOS Y LA ATENCIÓN DEL ENFERMERO

CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ

OLGA FERNÁNDEZ RONDA

ANA MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ

NATALIA CABAÑAS SESEÑA

AROA ALONSO SILLERO

1 Introducción

Una planta de neonatos es un área especializada en un hospital o centro médico que se dedica exclusivamente a la atención de recién nacidos, particularmente aquellos que requieren cuidados médicos intensivos o atención especializada debido a prematuridad, complicaciones al nacer o enfermedades congénitas. Esta unidad médica está diseñada específicamente para satisfacer las necesidades médicas y de desarrollo de los bebés recién nacidos, brindando un entorno seguro y altamente especializado.

En una planta de neonatos, se encuentran equipos médicos avanzados, incubadoras y monitores que permiten una atención médica precisa y vigilancia continua. El personal médico y de enfermería está altamente capacitado en neonatología y trabaja en estrecha colaboración para proporcionar una atención de alta calidad.

La atención en una planta de neonatos abarca desde la evaluación y estabilización de recién nacidos críticamente enfermos hasta la atención de bebés prematuros que requieren apoyo para desarrollar funciones vitales como la alimentación y la respiración. El objetivo principal es garantizar que cada bebé tenga la mejor oportunidad de crecimiento y desarrollo saludable durante su estadía en la planta de neonatos.

Una planta de neonatos es un entorno médico altamente especializado dedicado a la atención integral de bebés recién nacidos que requieren cuidados médicos intensivos o atención especializada. Proporciona los recursos, el personal y la experiencia necesarios para atender a los recién nacidos más vulnerables y promover su salud y bienestar desde el momento en que llegan al mundo.

2 Objetivos

Se tiene como objetivo exponer las funciones que tiene el enfermero como profesional sanitario en el 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 papel del enfermero en una planta de neonatos es crítico, ya que están encargados de proporcionar atención especializada y compasiva a los recién nacidos que pueden requerir cuidados médicos intensivos o atención especial debido a prematuridad, enfermedades congénitas u otras complicaciones al nacer. Las funciones de un enfermero en esta unidad son variadas y abarcan un amplio espectro de cuidados, con un enfoque en la estabilidad clínica y el desarrollo saludable de los bebés. A continuación, se describen algunas de las funciones clave de los enfermeros en una planta de neonatos:

Evaluación y monitorización continua: Los enfermeros realizan evaluaciones

minuciosas de cada recién nacido, evaluando signos vitales, nivel de oxigenación, alimentación, peso y otros indicadores clave de salud. La monitorización constante es esencial para identificar cualquier cambio en la condición del bebé y tomar medidas rápidas si es necesario.

Cuidados intensivos: En situaciones críticas, los enfermeros pueden administrar tratamientos médicos de alta complejidad, como soporte respiratorio, administración de medicamentos intravenosos y procedimientos médicos específicos. Aseguran que los bebés reciban la atención necesaria para estabilizar su salud.

Apoyo a la alimentación: Los enfermeros desempeñan un papel crucial en la alimentación de los bebés prematuros o con dificultades para alimentarse. Pueden estar involucrados en la administración de nutrición parenteral o enteral y en el monitoreo de la ingesta y la ganancia de peso.

Cuidado de la piel y desarrollo: Los enfermeros están atentos al cuidado de la piel de los bebés, especialmente en los prematuros, para prevenir complicaciones como la piel frágil o la ictericia. Además, fomentan el desarrollo saludable, brindando estimulación y cuidados especiales, como el cuidado canguro.

Educación a los padres: Los enfermeros desempeñan un papel importante al educar a los padres sobre cómo cuidar a sus bebés en el hospital y en casa. Explican procedimientos médicos, medidas de prevención y ofrecen apoyo emocional durante este período emocionalmente desafiante.

Coordinación del equipo de atención: Colaboran estrechamente con médicos neonatólogos, terapeutas, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud para garantizar una atención multidisciplinaria y coordinada. La comunicación efectiva es esencial para el bienestar de los bebés.

Promoción de la lactancia materna: En casos adecuados, los enfermeros promueven y apoyan la lactancia materna, brindando asesoramiento y técnicas para ayudar a las madres a amamantar a sus bebés, lo que se considera beneficioso para su salud y desarrollo.

Los enfermeros en una planta de neonatos son esenciales para la atención especializada de recién nacidos. Su enfoque en la monitorización, el cuidado clínico, el apoyo a la alimentación y el desarrollo saludable contribuye significativamente al bienestar de los bebés y a la recuperación exitosa en esta etapa crítica de sus vidas.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento en la planta de neonatos hospitalaria, es esencial que los enfermeros sigan algunas recomendaciones clave. En primer lugar, la comunicación efectiva y la colaboración con todo el equipo médico y de enfermería son fundamentales. Trabajar en conjunto y compartir información de manera eficiente asegura una atención coordinada y segura para los recién nacidos.

En segundo lugar, mantener un ambiente cálido y acogedor es esencial para el bienestar de los bebés y sus padres. Los enfermeros deben proporcionar un apoyo emocional compasivo, ofrecer información clara y estar disponibles para responder a las preguntas y preocupaciones de las familias durante esta etapa crucial.

Al seguir estas recomendaciones y mantener un enfoque centrado en la atención integral y el confort de los bebés y sus familias, los enfermeros contribuyen significativamente al buen funcionamiento de la planta de neonatos hospitalaria, garantizando que cada bebé reciba la atención de alta calidad que merece y que sus padres se sientan respaldados en este momento tan importante.

6 Bibliografía

1. Zabalegui Yáñez, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. Aquichan, 3(1), 16-20.

Capítulo 49

ENFERMERÍA Y LA PRESERVACIÓN DE CORTEZA OVÁRICA EN NIÑAS AFECTADAS DE CÁNCER

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

1 Introducción

En España se diagnostican anualmente unos 1100 casos de cáncer infantil en menores de 14 años y otros 550 en adolescentes hasta los 19 años, según informes de Registro Nacional de Tumores Infantiles. La eficacia de los tratamientos antineoplásicos y tratamientos de soporte ha incrementado la supervivencia por encima del 80% a los 5 años (1), por lo que han aumentado considerablemente el número de supervivientes de estas enfermedades en Europa y en España (2). Sin embargo, esta supervivencia no está exenta de complicaciones, ya que hasta el 60% de los supervivientes tienen secuelas crónicas, siendo el 30% de estas amenazantes para la vida (2,3). Entre las secuelas de los supervivientes, las endocrinológicas son de las más frecuentes, resultando la infertilidad una de las que

más empeora, tanto la calidad de vida como la salud física y emocional de los supervivientes (4,5). Los profesionales que atienden a este tipo de pacientes deben estar correctamente formados para poder informar a estas pacientes y sus familias debidamente al diagnóstico y ofrecer técnicas adecuadas de preservación de la fertilidad si estuviesen indicadas. Para la preservación de la fertilidad en mujeres adultas están descritas la vitrificación de ovocitos y de embriones. Técnicas quirúrgicas como la ovariopexia y tratamientos hormonales. Sin embargo, las pacientes prepúberes no disponían de ninguna técnica para la posible preservación de su fertilidad.

Con esta idea surgió la técnica de preservación de corteza ovárica. Se trata de una técnica experimental donde se extrae parte del ovario de la paciente con sus folículos primordiales y se criopreserva en óptimas condiciones para su posterior uso en el futuro en caso de que esta superviviente quede infértil a causa de los tratamientos recibidos. Es una técnica que debe llevarse a cabo en centros experimentados, donde se disponga de un equipo multidisciplinar formado por oncólogos pediátricos, cirujanos pediátricos, embriólogos, biólogos del banco de tejidos, ginecólogos especialistas en reproducción humana y endocrinos pediátricos. De esta manera se evaluará cuidadosamente cada caso para hacer una correcta selección de las pacientes y se llevará a cabo una correcta realización de la técnica quirúrgica, posterior preservación e hipotético reimplante en caso de necesitarse.

2 Objetivos

Dar a conocer esta novedosa forma de preservación de la fertilidad en las niñas afectas de cáncer, en concreto la preservación de corteza ovárica, para informar de sus indicaciones, beneficios, posibles riesgos y resultados.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de estudios publicados en las bases de datos Cochrane Library, MEDLINE, a través del buscador estandarizado Pubmed. Los criterios de búsqueda fueron los estudios publicados entre 2000 y 2023 que fueran revisiones sistemáticas. Las palabras clave usadas fueron cáncer, preservación, fertilidad, corteza ovárica.

4 Resultados

Antes de conocer cómo afectan los tratamientos a la fertilidad, primero debemos conocer qué es la reserva ovárica. Es importante saber que las niñas nacen con un pool de folículos primordiales que no se regeneran a lo largo de la vida. El número máximo se alcanza en las 20 semanas de gestación y va disminuyendo progresivamente hasta la menopausia. Unos 400 mil folículos existen al momento de la menarquia y su disminución progresiva determina una caída de la fertilidad, que es especialmente marcada a partir de los 35 años. De este modo, la capacidad reproductiva del ovario va disminuyendo desde la pubertad hasta la menopausia, no sólo por la pérdida de este pool folicular sino por la pérdida de calidad progresiva de los mismos debido a fallos en la meiosis que producen aneuploidías. Por lo tanto, ante una agresión a las gónadas (radiación o quimioterapia) que pueda acelerar la declinación natural del capital folicular, el resultado puede ser el desarrollo de un fallo ovárico precoz (FOP). Conocer el estado reproductivo de las mujeres adultas no es fácil, aunque podemos hacer una aproximación conociendo su historia de menstruaciones, su estado puberal, sus niveles hormonales de FSH, LH, estradiol, progesterona y hormona antimulleriana (HAM). La HAM es producida por las células de la granulosa de los folículos primordiales. Dicha hormona experimenta un incremento progresivo, hasta alcanzar su pico máximo a los veinte años manteniéndose relativamente estable durante esa década de la vida y decreciendo posteriormente hasta la menopausia, tras la cual se hace prácticamente indetectable. Hoy día conocer el potencial reproductivo de una mujer es difícil; el conteo folicular por ecografía y la hormona antimulleriana pueden ser de utilidad, pero no son definitivos. (3,5,6). El riesgo de desarrollar FOP depende de varios factores, destacando la edad de la paciente cuando recibe el tratamiento, los tratamientos recibidos y sus dosis de quimioterapia acumuladas (6,7). El daño gonadal puede manifestarse desde un FOP que se puede traducir desde en una menopausia precoz o una infertilidad, hasta en una amenorrea y falta de diferenciación sexual. Por tanto, podemos tener pacientes que recuperan sus ciclos menstruales al finalizar el tratamiento, pero, sin embargo, padecerán un FOP, imposibilitando tener descendencia y sufriendo una menopausia temprana con todos los cambios metabólicos que ello supone (8)

¿Cómo afectan los diferentes tratamientos a la reserva ovárica?

- Cirugía: en ocasiones puede ser necesaria la extirpación bilateral de los ovarios, aunque esta situación es inusual en pediatría. También puede verse afecto el eje hipotálamo-hipófisis-ovario por cirugías del sistema nervioso central (SNC) (9).
- Radioterapia: la radioterapia puede producir infertilidad a tres niveles: a) La ra-

dioterapia del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, ya sea por radioterapia del SNC o radioterapia corporal total puede producir infertilidad, abortos recurrentes, retraso de la pubertad, hipogonadismo hipogonadotropo. Puede ser necesaria suplementación hormonal. b) La radioterapia del ovario. El ovario es un órgano muy radiosensible, con dosis superiores a 2Gy se destruirá el 50% del pool folicular, por lo que cualquier radiación que afecte a este órgano o la radiación corporal total podrá ser muy tóxica, causando infertilidad, retraso puberal, menopausia precoz, etc. c) La radioterapia uterina. La radioterapia en este órgano puede ocasionar posteriormente infertilidad, abortos de repetición, partos prematuros, alteraciones de la placentación, diabetes gestacional, eclampsia, etc.; todo ello causado por la disminución del tamaño uterino, por la fibrosis del miometrio y la atrofia endometrial. Los embarazos son considerados inviables con dosis >25Gy. - Quimioterapia: la quimioterapia puede ser muy tóxica para el ovario, en especial los agentes alquilantes que son gonadotóxicos. El riesgo de gonadotoxicidad dependerá de los fármacos empleados, las dosis acumuladas de los mismos, el estado previo del ovario y de la variación interindividual. La quimioterapia afecta a los folículos primordiales, pero a su vez a los folículos en crecimiento, produciendo un fenómeno de "burn-out", por el que se acelera el reclutamiento folicular produciendo una importante reducción en el número total de los mismos (2,9).

Para calcular el riesgo gonadotóxico con ciertos quimioterápicos debemos calcular la dosis equivalente de ciclofosfamida (CED) según la fórmula de Green et al (10,11). Más de 6000-8000mg/m² en mujeres y >4000 mg/m² en hombres son altamente gonadotóxicas. En cuanto a la radioterapia: RT pélvica en prepuberales con dosis >15Gt y <10 Gy en postpuberales), radioterapia abdominal total, radioterapia craneoespinal, radioterapia que incluya ovarios con >2Gy

Preservación de la fertilidad. Se estima que el 25% de los cánceres que afectan a mujeres lo hacen a mujeres que no han iniciado o finalizado sus deseos reproductivos y que en su mayoría estarían interesadas en preservar la fertilidad para poder procrear en el futuro. En la mujer adulta existen técnicas de preservación de fertilidad estandarizadas, como son la preservación de ovocitos o preservación de embriones (12,13). Sin embargo, estas técnicas precisan de un tratamiento hormonal, y por tanto, de desarrollo puberal completo, dejando fuera a todas las niñas y adolescentes que no tengan una menarquia establecida (12,13). Así mismo, precisan de un mínimo de 10-15 días para poder llevarse a cabo y en ciertas enfermedades de elevada agresividad no es posible o recomendable retrasar el tratamiento (14). Por estos motivos, surgió la necesidad de implantar una técnica para la preservación de corteza ovárica. Esta técnica está indicada para mujeres prepúberes, aquellas que no puedan esperar 15 días ya que requiere

una estimulación ovárica, o para aquellas que, por el tipo de tumor, homonodependiente, no pueden ser sometidas a estimulación hormonal. La preservación de corteza ovárica (CCO) consiste en la obtención de parte de corteza ovárica que contendrá un número variable de folículos primordiales para su congelación, lo que permitirá, en un futuro, el autotrasplante de esta y la posibilidad de recuperar la función, tanto hormonal como reproductiva (12). La criopreservación de tejido ovárico requiere una doble cirugía. La extracción (ooforectomía total o parcial, decorticación) y la reimplantación (en el ovario contralateral o en la pelvis) (12,13,14). Para poder llevar a cabo dicho reimplante deberán realizarse los estudios anatomopatológicos adecuados o de biología molecular (15). La afectación de la muestra podría condicionar el almacenamiento de esta y su posterior reimplante. La preservación y posterior autotrasplante se considera una técnica experimental hoy en día, aunque hay publicados casos o series de casos donde se han obtenido nacimientos de niños fecundados a través de esta técnica (15,16,19,20). Indicaciones para la preservación de la fertilidad mediante preservación de corteza ovárica. Desde los inicios atendemos a los criterios de Edimburgo para la selección e inclusión de pacientes en técnicas de preservación de tejido ovárico (17,18): Edad < 35 años y > 2 años, no haber recibido tratamientos de quimioterapia o radioterapia previos o de escaso poder gonadotóxico, pronóstico con posibilidades razonables de curación a los 5 años, riesgo de >50% de sufrir fallo ovárico precoz, reserva ovárica suficiente, serología para sífilis, VIH, hepatitis B y C negativa, firma de consentimiento informado.

Después del diagnóstico inicial, los pacientes y sus familias deben recibir una valoración individualizada del riesgo gonadotóxico que implica el tratamiento que va a recibir y dar información sobre las posibles opciones de preservación de la fertilidad.

Seguimiento y posterior embarazo.

Actualmente, no hay datos sólidos que asocien el cáncer y tratamientos de este con aumento de las complicaciones durante el embarazo. En mujeres supervivientes de cáncer, no hubo un aumento significativo de aborto espontáneo o anomalías congénitas o cromosómicas. Sin embargo, en un subgrupo de pacientes que han recibido tratamiento holocraneal y especialmente pélvico con radioterapia si existe, como hemos comentado previamente, una mayor probabilidad de aborto espontáneo, pérdida gestacional en el segundo trimestre, parto prematuro y bajo peso al nacimiento. Con respecto a la asociación de antraciclina y el desarrollo de cardiotoxicidad, solo los pacientes con función cardíaca alterada mostraron un empeoramiento de dicha función (21,22,23).

Reimplante de corteza ovárica.

El reimplante es el acto de reintroducir la corteza ovárica previamente extraída. Dicho reimplante puede hacerse con fines reproductivos, que es lo más habitual, o para restablecimiento hormonal. Debemos considerar que al reintroducir la corteza ovárica estamos reintroduciendo folículos primordiales que tardarán aproximadamente 3 meses en llegar a madurar, por lo que el restablecimiento de los ciclos comenzará a producirse a partir de ese momento. Es ese momento comenzará a experimentar los beneficios del restablecimiento hormonal y podrá llevarse a cabo un embarazo. La vida media del reimplante es variable, depende del conteo de folículos primarios que hubiera en la corteza reimplantada y de cuantos se pierdan en el acto de extracción y reimplante. La vida media habitual publicada oscila entre 6 meses y 4 años aproximadamente, por lo que la mayoría de los autores abogan por conseguir el embarazo mediante técnicas de reproducción asistida, para poder optimizar las posibilidades de éxito (24,25).

Según la localización del implante, se denomina:

- Trasplante autólogo ortotópico: implantación de pequeños fragmentos de corteza (<1-1,5mm) en el interior medular del ovario o en el peritoneo de la fosa ovárica. Esta localización tiene la ventaja de que permite la posibilidad de un embarazo natural. El ambiente peritoneal parece el más favorable para el desarrollo folicular, restableciéndose los ciclos alrededor de 4-9 meses tras el implante.
- Trasplante autólogo heterotópico: implantación en antebrazo, pared abdominal o pared torácica. En esta localización hay estudios sobre el restablecimiento de la función hormonal, pero los embarazos naturales no son posibles, solo con reproducción asistida, aunque no se han reportado en esta localización (24,25). En el posterior reimplante se producirá pérdida de parte de este pool folicular, por lo que la vida de este implante es variable, pero oscilará entre 1 y 5 años.

El reimplante no está exento de complicaciones, entre las que destacan: Asociados al procedimiento (infección, hemorragia, lesión de órganos y/o estructuras vecinas), asociados a anestesia general, potencial contaminación del tejido ovárico reimplantado por células neoplásicas, especialmente en leucemias, linfomas no Hodgkin, neuroblastomas de alto riesgo y otros tumores sólidos metastásicos (25).

Resultados reproductivos.

Se han reportado cerca de 100 nacidos vivos con esta técnica de preservación de la fertilidad en revisiones sistemáticas, incluyendo pacientes jóvenes y adolescentes afectos de cáncer, cáncer en edad adulta y pacientes sin cáncer, con una tasa de gestación por implante del 23-37%. Al menos 9 mujeres con diagnóstico de cáncer con <25 años dieron a luz de forma exitosa a 14 recién nacidos sanos tras trasplante de tejido ovárico trasplantado. No hay estudios de cohortes que

hayan reportado nacidos vivos tras preservación de tejido ovárico en pacientes prepúberes con posterior reimplante.

5 Discusión-Conclusión

La infertilidad es una secuela a largo plazo de considerables implicaciones para las supervivientes especialmente a nivel psicológico, por ellos se deben poner los medios para que esta se vea lo menos afectada posible, ya sea modulando tratamientos para hacerlos menos gonadotóxicos o preservando la fertilidad mediante distintas técnicas cuando esto no sea posible. En las niñas prepúberes no podrá llevarse a cabo preservación de ovocitos por lo que solo será posible la preservación de corteza ovárica. Esta técnica consiste en extraer parte o la totalidad del ovario de la paciente con sus folículos primordiales y criopreservarla para en el futuro, si esto fuera necesario, poder restaurar su fertilidad mediante su reimplante. Las indicaciones de esta técnica deben ser restrictivas, ya que se trata de una técnica experimental, recomendándose a pacientes que van a recibir tratamientos altamente gonadotóxicos. Si es posible debe llevarse a cabo previo al inicio del tratamiento para maximizar la cantidad y calidad de esos folículos. La extracción de la corteza ovárica se realizará mediante técnica de laparoscopia o mediante laparotomía coincidiendo con algún otro procedimiento. Al finalizar el tratamiento se llevará a cabo un seguimiento del estado de esta paciente y si fuera preciso y fuese su deseo podría llevarse a cabo el reimplante de la corteza para restaurar esa fertilidad dañada. Debe explicarse a las posibles candidatas cuáles son los riesgos de esta técnica y su aplicabilidad clínica para su correcta información y toma de decisión. Consideramos que es una técnica prometedora que se está implementando en cada vez más centros y que debe ofrecerse a todas las candidatas para que dispongan de ella.

6 Bibliografía

1. Informe Estadístico RETI-SEHOP, 1980-2014.
2. Hudson MM, Mertens AC, Yasui Y, Hobbie W, Chen H, Gurney J, et al. Health status of adult longterm survivors of childhood cancer. A report from the Childhood Cancer Survivor Study. JAMA.2003;290:1583–92.
3. Andrés, M. M., & Castel, V. (2009). Preservación de la fertilidad en niños y adolescentes con cáncer: situación actual y perspectivas futuras. *Anales De Pediatría*, 71(5), 440–446.

4. Rene Frydman, M.D., Ph.D.,a,b and Michael Grynberg, M.D., Ph.D.c,d,e Introduction: Female fertility preservation: innovations and questions. *Fertility and Sterility*, 105(1),2015.10.035
5. Wallace W, Anderson RA, Irvine S. Fertility preservation for young patients with cancer: who is at risk and what can be offered *Lancet Oncol*. 2005; 6: 209-18.
6. Sklar Ch, Mertens A, Mitby P, Whitton J, Stovall M, Casper C et al. Premature menopause in survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. *J Nat Cancer Inst*2006; 98: 890-96.
7. Green D, Kawashima T, Stovall M, Leisenring W, Sklar C, Mertens A, et al. Fertility of female survivors of childhood cancer: A report from the Childhood Cancer Survivor Study. *J Clin Oncol*. 2009;27:2677–85.
8. Barton SE, Najita JS, Ginsburg ES, Leisenring WM, Stovall M, Weathers RE, et al. Infertility, infertility treatment, and achievement of pregnancy in female survivors of childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study cohort. *Lancet Oncol* 2013;14:873–81.
9. Lorenzi E, Simonelli M, Santoro A. Infertility risk and teratogenicity of molecularly targeted anticancer therapy: a challenging issue. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2016;107:1–13. [https:// doi. org/ 10. 1016/j. critr evonc. 2016. 08. 005](https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2016.08.005).

Capítulo 50

PACIENTE CON PARADA Y LA FORMA DE LLEVAR LA ACTUACIÓN EL EQUIPO DE ENFERMERÍA

IRENE GALLARDO GALLEGO

ROCIO ORTEGA RUIZ

RUTH AZORÍN SOLER

ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ

IRENE PÉREZ CARDENAL

1 Introducción

Es imperativo que se tenga la capacidad de identificar una parada cardiorrespiratoria, a fin de comprender la correlación existente entre las respiraciones y los latidos cardiacos. Una vez identificada, es necesario iniciar con celeridad las tareas de resucitación, ya que cuanto más pronto se inicien las tareas de reanimación cardio pulmonar (RCP), mayores serán las posibilidades de éxito y, especialmente, de disminuir los efectos secundarios. La intervención precoz es importante para la población y para los profesionales sanitarios, ya que una intervención básica puede disminuir y reconducir a la recuperación fisiológica una vez que los profesionales apliquen sus técnicas avanzadas.

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una situación clínica en la que la respiración se interrumpe bruscamente e inesperadamente, y puede ser efectiva si

se trata de tratamiento precoz. Puede cursarse de una forma natural, no teniendo que estar relacionada con ninguna enfermedad o envejecimiento.

Suele ser causada por las cardiopatías isquémicas, siendo diagnosticada por una pérdida de conocimiento, apnea y ausencia de pulsos.

Para garantizar el éxito de la RCP existen unos factores fundamentales:

1. El tiempo que transcurre desde que se objetiva la PCR hasta que se inician las maniobras de RCP.
2. El tiempo en el que se encuentra en PCR.
3. El entrenamiento, conocimientos y destreza del reanimador.
4. Los antecedentes del paciente que se encuentra en situación de PCR.

Existe una cadena de supervivencia de la misma:

1. Llama al servicio de emergencias (112).
2. Soporte Vital Básico.
3. Desfibrilación precoz.
4. Soporte Vital Avanzado.

Es fundamental saber identificar y actuar mediante protocolo y algoritmo acorde a la parada cardiorrespiratoria, para saber identificar qué tipo actividad cardiaca tiene, ya que dependiendo de la misma se actuará a través de un algoritmo o de otro.

2 Objetivos

Exponer e indicar la importancia de saber reconocer una PCR y conocer el protocolo de actuación ante la misma por parte de enfermería.

3 Metodología

Este estudio se ha llevado a cabo tras una revisión sistemática relacionada con las maniobras de RCP, usando las siguientes bases de datos: Medline, Cuiden, Scielo, Medline, Cochrane. En la misma hemos usado varios descriptores, como reanimación, protocolo, plan actuación, cardio pulmonar.

4 Resultados

El inicio de un soporte vital básico se fundamenta en mantener una vía aérea permeable, una respiración efectiva y que se pueda recuperar la circulación sanguínea.

Valorar el estado de conciencia, examinando si el paciente responde o no a estímulos, moviéndolo con calma por los hombros y comunicándolo. Comprobar la ventilación espontánea, ver si respira o no respira. Aproximamos la cara a la mejilla del paciente, pasaremos al ver, oír y sentir, acercando nuestra oreja a su nariz, mirando su pecho para ver si se eleva. En caso de que no, realizaremos la maniobra frente-mentón para abrir su vía aérea. Si vemos que respira lo pondremos en posición lateral de seguridad.

En caso de no realizar respiración, procederemos a examinar el pulso en la carótida durante un lapso de cinco segundos, y en caso de no hallarlo, procederemos a solicitar asistencia.

(112) y comenzaremos con las maniobras de RCP con 30 compresiones centro torácicas y 2 ventilaciones. Haremos ciclos de 2 min hasta comprobar de nuevo pulso.

En caso de contar con un desfibrilador en un lugar próximo (grandes almacenes, supermercados, etc.) se lo colocaremos y nos guiaremos por sus indicaciones. En caso de tratarse de un ritmo desfibrilable el aparato lo detectará y administra un choque eléctrico (desfibrilación) y en caso de que no sea, continuaremos con las maniobras de RCP hasta que lleguen los servicios sanitarios. No detendremos la actuación de masaje cardiaco y ventilaciones hasta que llegue el recurso avanzado o recupere respiración.

Hablamos de ritmos desfibrilables la Fibrilación Ventricular y la Taquicardia Ventricular Sin Pulso y ritmos No desfibrilables la Asistolia y Disociación Electromecánica, en la que hay registro electrográfico pero sin existencia de signos hemodinámicos.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye este capítulo, destacando tanto desde el punto de vista profesional como del resto de la población, dado que desde un inicio precoz de una reanimación básica puede disminuir los riesgos de secuelas y aumentar las posibilidades de éxito ante la llegada de los servicios sanitarios, con el fin de implementar técnicas avanzadas mediante la utilización de terapias eléctricas y farmacológicas.

Por eso hay que inculcar a la población de la calle unos conocimientos básicos para poder prestar auxilio con un Soporte Vital Básico para que pueda ser seguido de forma avanzada por los sanitarios de emergencias, ya que el primer eslabón de la cadena comienza con una detección precoz y unas maniobras de resucitación de forma inmediata.

6 Bibliografía

1. American Heart Association (AHA). Guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). JAMA 1992; 268: 2.171-2.295.
2. Ruano M, Perales N (eds). Manual de soporte vital avanzado. Comité Español de RCP. Plan nacional de resucitación cardiopulmonar de la SEMIUC. Barcelona:MASSON, 19.

Capítulo 51

ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

IRENE GALLARDO GALLEGO

ROCIO ORTEGA RUIZ

RUTH AZORÍN SOLER

ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ

IRENE PÉREZ CARDENAL

1 Introducción

La respiración mecánica o respiración artificial es un aparato que ayuda al paciente cuando se ve comprometida la función vital respiratoria. Este aparato se puede usar para ayudar a los pacientes que no pueden hacerlo por sí mismos o ayudar a los pacientes que no pueden hacerlo por sí mismos, no se aconseja que lo haga, para obtener una mejor oxigenación y se influya así mismo en la mecánica pulmonar.

Es una técnica que se adapta a la situación fisiopatológica del paciente, de manera que conforme vaya mejorando se hará haciendo más innecesaria. La ventilación mecánica puede ser:

1. Invasivo: cuando se utiliza tubo endotraqueal o traqueotomía, podrían surgir algunas complicaciones como: lesiones en la mucosa de la vía aérea, barotraumas, neumonías, edema laríngeo, colonización bacteriana, entre otras.

2/ No Invasiva: cuando se utilizan mascarilla facial, nasal o gafas nasales, al no necesitarse acceso artificial a la vía aérea, con la ventaja de que el riesgo y la incidencia de complicaciones son casi inexistentes, es más cómodo para el paciente, permite reducir la duración de la estancia hospitalaria, no es necesaria la administración de sedantes y se puede utilizar alternativamente según conveniencia.

Ante esta técnica, el personal de enfermería debe estar cualificado y capacitado, ya que las primeras horas tras la instauración son fundamentales, de manera que si se observa una disminución de la frecuencia respiratoria por debajo de 25 rpm, una disminución de la disnea además de la mejora de los valores gasométricos, podrá entenderse exitosa. Estará indicada en los siguientes casos:

- Fallo hipercápnico o hipoxémico.
- Fases agudas o moderadas de asma.
- Destete de VM y síndrome post-extubación
- Embolismo pulmonar o traumatismos torácicos.
- Intoxicación por CO₂.

2 Objetivos

- Desarrollar el concepto de ventilación mecánica, sus características y sus tipos, así como las ventajas e inconvenientes.
- Explicar la labor de Enfermería y las pautas de actuación ante pacientes con ventilación mecánica no invasiva.

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

La ventilación mecánica no invasiva es un soporte ventilatorio sin necesidad de intubación endotraqueal en el que se utilizan unos ventiladores, llamados también respiradores, que favorecen el intercambio de aire y el aporte de oxígeno gracias al manejo adecuado de volúmenes de aire y presiones. Su uso se hace necesario

debido a: fallo cardíaco, procesos neurológicos, deterioro respiratorio primario o secundario por una infección, por anestesia, traumatismos, entre otros. Aunque también existirán casos en los que no será aplicable, como son:

- Paciente poco colaborador, agitado o con bajo nivel de conciencia.
- Parada respiratoria o respiración agónica.
- Traumatismo torácico, neumotórax.
- Obstrucción de la vía aérea superior.
- Incapacidad para eliminar secreciones.
- Isquemia miocárdica, inestabilidad hemodinámica.

- Traumatismo, cirugía o quemaduras en cara.

Cuando a un paciente se le aplica esta técnica, se tienen en cuenta las ventajas que le proporcionará, como son:

- Se controlan los síntomas como la disnea, observando una mejora de la fatiga y los músculos respiratorios, y en definitiva la calidad de vida.
- Es una técnica bien tolerada por los pacientes y se puede adaptar a diferentes formas.
- Evita las infecciones nosocomiales.
- Se intercambian gases de oxígeno y ventilación sin necesidad de sedación ni de llevar sonda nasogástrica.
- Se aplica cuando sea preciso, pudiéndose instalar y retirar fácilmente, incluso en situación de emergencia.
- El paciente aunque lo tenga puesto puede toser, expectorar, etc.
- Reduce la atrofia respiratoria que está inducida por el respirador.
- Existe una baja tasa de retención del flujo de aire y elimina correctamente el dióxido de carbono.

Aunque los inconvenientes que presenta son:

- El paciente presenta dificultad a la hora de aspirar secreciones.
- Puede tener fugas de aire por un mal sellado.
- Es incompatible con el hecho de llevar mascarilla quirúrgica.
- Requiere de más tiempo de duración y trabajo por parte del personal sanitario.

La enfermería velará por prevenir o resolver las complicaciones que se produzcan durante la aplicación de esta técnica, de manera que tendrá en cuenta una serie de consideraciones:

- Preparar los materiales y revisar los mecanismos.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar
- Colocar al paciente en posición vertical por encima de los 45° para promover la respiración y para que no exista riesgo de aspiración.

- Elegir el tipo de mascarilla más cómoda para el paciente, pudiendo elegir entre: nariz, mejillas, cara o casco tipo casco.
- Proteger la nariz con un apósito para prevenir heridas e hidratar las membranas mucosas.
- Monitorizar las constantes vitales: presión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de O₂, ECG, etc. Así como vigilar la tolerancia a esta técnica y que no se produzcan desconexiones.
- Vigilar los signos de dificultad respiratoria: si existe pérdida de conciencia, cianosis distal, distensión abdominal, etc., informando al facultativo de cualquier anomalía.
- Hacer el seguimiento y comunicar si se producen cambios en los parámetros del ventilador, cambios del estado mental del enfermo...

5 Discusión-Conclusión

La ventilación mecánica puede ser invasiva o no invasiva, dependiendo del aislamiento de la vía aérea. En este trabajo nos hemos centrado en la no invasiva caracterizada por el uso de mascarilla facial, nasal o gafas nasales, siendo además muchas las ventajas para su administración: como su buena tolerancia por el paciente, evita infecciones nosocomiales, reduce la fatiga respiratoria, etc. y pocos los inconvenientes: posibles fugas de aire o requerir más tiempo y trabajo por parte de los profesionales sanitarios.

Con todo, es de vital importancia contar con los recursos técnicos óptimos y que el personal de enfermería esté bien formado en esta técnica para saber interpretar y resolver las complicaciones que vayan surgiendo, teniendo los adecuados conocimientos y habilidades para poder iniciar correctamente la ventilación mecánica al paciente, controlando sus constantes vitales, observando si se producen cambios de conciencia o cambios en los parámetros, comunicándolo lo antes posible al facultativo.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : enfermería, ventilación mecánica invasiva, no invasiva, respiradores, dificultad para respirar.
2. Dirección de enfermería. Protocolo paciente con ventilación mecánica no invasiva [monografía en internet].Madrid: Hospital Universitario Ramón y Cajal; 2005.

3. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y emergencias. 2010 Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2010/pagina9.html>.
4. Fundación Española del Corazón. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacionpara-pacientes/tratamientos/ven>

Capítulo 52

ENFERMERÍA SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE UN ADENOCARCINOMA HEPÁTICO

ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ

IRENE PÉREZ CARDENAL

IRENE GALLARDO GALLEGO

ROCIO ORTEGA RUIZ

RUTH AZORÍN SOLER

1 Introducción

Alrededor de un 10% de los enfermos de cáncer que tienen metástasis cuando acuden a la primera consulta, Es en el hígado uno de los que más comunes donde se encuentra la diseminación de la metástasis de este tipo de tumores. La metástasis de la zona del hígado se puede presentar alrededor de la mitad de los enfermos adultos con algún tipo de neoplasia primaria fuera del hígado. La razón de que este tipo de forma secundaria se encuentre frecuentemente elevada es que este órgano tiene una doble circulación y fenestraciones que tienden a que se facilite que las células malignas se alberguen en el parénquima hepático.

Las metástasis se consideran la causa primera de aquellos tumores con malignidad en el hígado, constituyendo una segunda forma de localizarse frecuentemente estas lesiones precedidas únicamente por localizaciones linfo-nodales.

Tienen una representación ya en fases avanzadas y sistémicas de las patologías neoplásicas y solo en algunos casos muy seleccionados algunos tratamientos logra prolongar la vida con éxito y calidad de vida, por lo comentado anteriormente, su doble circulación hace que la supervivencia del paciente esté muy limitada y la vía única de tratamiento sea en la mayoría de los casos los cuidados paliativos o la resección quirúrgica muy localizada.

2 Objetivos

Describir e indicar un caso clínico para exponer el diagnóstico de un adenocarcinoma hepático por parte de enfermería en los centros hospitalarios.

3 Caso clínico

Agustín tiene 48 años, hace tres años tuvo un linfoma de Hodgkin del cual después de recibir tratamiento de quimioterapia de 13 sesiones recibió el alta, acude a una revisión por el oncólogo porque se encuentra mal hace un mes, ha encontrado las heces con un color blanquecino y no tiene ganas de comer, el color de su piel tiene un color moreno y el blanco de los ojos ha oscurecido un poco, estos signos son apreciados por el médico de atención primaria que lo deriva al especialista de digestivo con una analítica para adelantar en la que incluye marcadores tumorales de digestivo, le desvía también a la consulta con el oncólogo y la petición para una colonoscopia de carácter urgente. A los tres días se le realiza la colonoscopia previo ingreso hospitalario y preparación de dieta estricta y limpieza con preparado con citrex. En la colonoscopia no se aprecia lesiones en el colon, se recomienda la realización de la realización de pruebas de imágenes con contraste en el mismo quirófano por observarse a la altura del hígado una masa que presiona el intestino grueso presionando este. En la imagen con contraste se puede ver una zona del hígado inflamada y una masa ocupando gran parte de esto, prolongándose hacia la totalidad de las colangios. Tras examinar por el radiólogo junto con el especialista de digestivo, se decide realizar una incisión para hacer una biopsia analizando en el mismo quirófano por anatomía patológica con resultado de células cancerígenas y un diagnóstico de LOES hepáticas del paciente.

Tras el diagnóstico del adenocarcinoma hepático y la imposibilidad de realizar quimioterapia por los índices tan altos de bilirrubina tan altos que presenta el paciente, se le pauta cuidados paliativos hasta el desenlace final.

4 Discusión-Conclusión

Este tipo de adenocarcinoma suele tener un desenlace no deseable para el paciente y su familia y la mayoría de los diagnósticos tienen un mal pronóstico, por lo que es recomendable la presencia de la figura del psicólogo en las dependencias ante el diagnóstico para poder explicarle cuál va a ser el procedimiento de la evolución del paciente y cuál va a ser las pautas de cuidados paliativos que se le pueden brindar en casa o en el hospital a medida de lo que la enfermedad requiera o el paciente prefiera si es posible. También se recomienda el acompañamiento de terapia cognitivo conductual para el paciente y el entorno familiar cercano para sobrellevar la situación que se desenlaza en pocos días.

5 Bibliografía

Senra Armas, L. A., Andara Ramírez, M. T., & Noa Pedroso, G. (2020). Metástasis hepática como forma de presentación de cáncer. *Revista Cubana de Medicina*, 54(1), 27-39

Capítulo 53

INTERVENCIÓN ANTE UN GOLPE DE CALOR POR ENFERMERÍA EN URGENCIAS

PATRICIA CALVO GUZMÁN

NATALIA MORENO JIMÉNEZ

ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

YOLANDA PADILLA GARCÍA

1 Introducción

En verano una sintomatología muy frecuente es el desvanecimiento por el aumento de temperatura. Es fácil reconocer los síntomas, pero aun así las personas no identifican que no es muy beneficioso no hidratarse o estar a pleno sol durante las horas punta.

Se habla de golpe de calor como que es un trastorno ocasionado por el exceso de calor en el cuerpo, generalmente como consecuencia de la exposición prolongada a altas temperaturas o del esfuerzo físico en altas temperaturas. Es un momento en el que esta persona debe ser trasladado a un servicio de urgencias para poder ayudarlo e hidratar a esa persona. En caso de no realizar las medidas y tratamiento pertinente puede agravar la situación y afectará a corazón, riñones,

cerebro cuanto mas tarde se traslade el paciente a un servicio de urgencias más grave puede estar.

La sintomatología de un golpe de calor pueden ser desorientación, desvanecimiento, disnea, convulsiones en casos graves entre otros.

Son muchos los pacientes que acuden por sí mismos a servicio de urgencias para el rápido tratamiento que contra el golpe de calor, aunque existen mas casos en los que el paciente es derivado a urgencias por otras personas que se encuentran al lado del paciente durante el golpe de calor.

2 Objetivos

- Describir qué tipo de actuación puede realizar la enfermería en un servicio de urgencias a un paciente con un golpe de calor.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Hemos querido incluir artículos los cuales nos indican qué tipo de cuidados de enfermería va a necesitar un paciente a la llegada de un servicio de urgencias el cual ha sufrido un golpe de calor y se encuentra mal.
- En el momento de llegada del paciente se le trasladará a una camilla, enfermería canalizará una vía periférica hasta la llegada del facultativo. En este momento podrá realizar también extracción sanguínea y se evitará un nuevo pinchazo al paciente.
- Durante la exploración, la enfermera detectará una temperatura muy elevada, realizará una toma de constantes vitales, y monitorizará al paciente para comprobar cómo se encuentran sus signos vitales.
- Durante la estancia en urgencias y tras la valoración facultativa del paciente, se administrará la medicación correspondiente como analgésicos y por supuesto se

administrará hidratación mediante sueros, salvo que el facultativo nos indique que el paciente presenta alguna patología cardíaca o renal.

- La enfermera colocará en casos graves un sondaje vesical para el control de los líquidos y diuresis del paciente. Para ello preparará todo el material correcto y se empleará una técnica estéril con el riesgo de evitar infecciones no deseadas en todo momento.
- Se realizarán pruebas diagnósticas al paciente para descartar otras patologías, también en estas pruebas se pueden detectar algún tipo de fractura en caso de que el paciente haya sufrido un desvanecimiento a causa del golpe de calor.
- Todo lo que sea valorado por enfermería será registrado en el programa informático con la idea de que se llegue a un diagnóstico final correcto.
- En el momento que el paciente tenga repuestos líquidos empezará a recuperarse, se quedará unas horas en urgencias y posteriormente salvo casos graves podrá ir a su domicilio.

5 Discusión-Conclusión

El golpe de calor parece un síntoma o signo no importante, pero si no se realiza un tratamiento rápidamente será perjudicial para el paciente e incluso complicaciones, cardíacas, renales y de cerebro.

En el momento de llegada del paciente como se ha podido observar enfermería es autónoma para poder ir realizando pruebas diagnósticas para rápidamente tras ser atendido por el facultativo puedan administrar los analgésicos, o fármacos correspondientes.

Según nuestra lectura en verano es cuando mas pacientes con golpe de calor acude a urgencias de forma que es muy importante que en el momento de llegada de este paciente según los síntomas sea diagnosticado precozmente.

6 Bibliografía

1. Búrdalo A. Enfermería y golpe de calor [Internet]. Fuden. 2019.
2. Filep EM, Murata Y, Endres BD, Kim G, Stearns RL, Casa DJ. Exertional Heat Stroke, Modality Cooling Rate, and Survival Outcomes: A Systematic Review. Medicina (Kaunas). 202.

Capítulo 54

INTERVENCIÓN Y CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON AOS

PATRICIA CALVO GUZMÁN

NATALIA MORENO JIMÉNEZ

ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

YOLANDA PADILLA GARCÍA

1 Introducción

Hablaremos sobre como son los cuidados del personal de enfermería ante los pacientes con este tipo de patología. Actualmente, hay miles de pacientes diagnosticados con trastornos depresivos.

AOS, podemos definirlo como "síndrome de apnea obstructiva del sueño".

AOS es un fenómeno clínico caracterizado por somnolencia diurna, ronquidos nocturnos y tendencia al sobrepeso. Ahora se sabe que la obstrucción de las vías respiratorias juega un papel importante en el desarrollo de esta enfermedad. Por lo tanto, es importante identificar la patología en una etapa temprana y brindar ayuda inmediata. La AOS es un problema de salud grave que ocurre con mucha más frecuencia de lo que la gente piensa. Este trastorno, descrito por primera

vez en 1965, se caracteriza por frecuentes interrupciones de la respiración (apnea) debido al sueño. Existen varios síntomas y signos que los familiares pueden identificar observando al paciente y que notan durante la primera consulta: Ronquidos, durante los cuales hay pausas para respirar, movimientos corporales excesivos, el paciente busca inconscientemente una posición favorable durante el sueño. En muchos casos también se producen cambios de personalidad: los pacientes se despiertan cansados e inquietos, lo que les provoca enfado, ansiedad e incluso agresividad verbal, y otro factor puede manifestarse como somnolencia (hablar dormido).

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de intervenciones y cuidados básicos puede ofrecer o administrar enfermería a un paciente con síndrome de AOS.

3 Metodología

La revisión y fundamentación de las publicaciones se realiza sobre la base de libros de texto, artículos y textos disponibles en Internet. Las búsquedas en directorios se realizan en la base de datos Pubmed, Scielo y Cochrane. Incluye textos y/o artículos relacionados con la atención primaria o cuidados específicos que la enfermera debe proporcionar al paciente. Palabras clave: enfermedad, cuidado, cuidado, obstrucción.

4 Resultados

Durante nuestra revisión bibliográfica, incluimos documentos que describen el tipo de atención, intervenciones e incluso actividades que se pueden brindar al atender a pacientes con AOS o interrupción de la respiración durante el sueño debido a una obstrucción. - Numerosos artículos muestran que el papel de la enfermera en muchos de estos pacientes no ha sido estrictamente definido. Por este motivo, es importante incrementar el conocimiento sobre esta patología para ayudar a los pacientes y sus familias. Para ello, entrevistará a ambas personas para conocer qué síntomas experimenta cada uno de ellos. El paciente tendrá dificultad para respirar, dolor de cabeza por la mañana (por no descansar y no recibir suficiente oxígeno), boca seca (por la tendencia a abrir la boca para intentar respirar mientras duerme), etc. - Para ello, el personal médico utilizará una escala

validada que servirá para realizar entrevistas y determinar los síntomas y complicaciones del paciente.

ABEJA HONESTA

- En primer lugar, cuando se atiende a un paciente, es necesario evaluarlo adecuadamente y determinar si esa persona es sensible a OSA3 o no. - Una de las funciones de enfermería es el registro y seguimiento de los pacientes con condiciones médicas (hipertensión arterial, deterioro cognitivo, riesgo cardiovascular, etc.) con cuestionarios validados y escalas que reflejan su estado de salud del paciente. - La escala de somnolencia de Epworth 5 es un método de medición subjetivo.

ESD e incluye un cuestionario que cubre una serie de condiciones que evalúan la tendencia a la somnolencia. Las respuestas se califican en una escala de 0 a 3, donde 0 significa que no hay somnolencia y 3 significa somnolencia máxima. La puntuación de la prueba es la suma de los valores de cada una de las ocho preguntas, dando puntuaciones posibles de 0 a 24. Una puntuación total inferior a 12 se considera normal y una puntuación total superior a 12 se considera anormal.

5 Discusión-Conclusión

En el paciente con AOS o síndrome de apnea obstructiva, el papel de enfermería es fundamental, ya que son muchos los síntomas o signos que nos indicara el propio paciente o sus familiares que observan durante el sueño.

El papel de enfermería se centrará en un primer momento en conocer la patología y formación adecuada. También es la entrevista individual con el paciente y con sus familiares los que nos aportaran datos adecuados a esta posible patología. El empleo de escalas validadas para poder interpretar los datos e indicar si realmente existe la posibilidad de que este paciente presente AOS.

6 Bibliografía

- Ye J. Emerging role of adipose tissue hypoxia in obesity and insulin resistance. *Int J Obes (Lond)* 2009; 33:54-66.
- Antic NA, Buchan C, Esterman A, et al. A randomized controlled trial of nurseled care for symptomatic moderate-severe obstructive sleep apnoea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009; 179:501-508.
- Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Evaluación del síndrome de apneahipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) mediante instrumentos de medición como escalas y fórmulas matemáticas. *Revista de la Facultad de Medicina*.

2017;65(1Sup):57-90.

Capítulo 55

ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES QUEMADOS EN LA UNIDAD DE URGENCIAS

NATALIA MORENO JIMÉNEZ

ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

YOLANDA PADILLA GARCÍA

PATRICIA CALVO GUZMÁN

1 Introducción

El paciente quemado es aquel que tras ser expuesto a un riesgo externo puede estar comprometido a nivel epidermis, dermis o incluso a tejidos más profundos. Enfermería debe estar entre el personal sanitario responsable de los cuidados a estos pacientes.

Podemos definir una quemadura como la lesión o herida de los tejidos orgánicos, producida por la acción del fuego y del calor, por contacto con determinados productos químicos cáusticos o corrosivos, por la electricidad, por radiación y por fricción.

El personal de enfermería puede identificar según la observación o datos que puedan recoger la quemadura como de primer, segundo o tercer grado. Depende de la afectación de la piel.

Las quemaduras de primer grado tienen una afectación a la capa externa de la piel con enrojecimiento, dolor, calor, etc.

En cuanto a quemaduras de segundo grado, la afectación aquí ya está profundizando, por lo que afecta la capa externa y la capa subyacente de la piel. Causan dolor, enrojecimiento, hinchazón y ampollas. También se llaman quemaduras de espesor parcial.

Y por último, quemaduras de tercer grado que afectan a las capas profundas de la piel.

También se llaman quemaduras de espesor total. Causan piel blanquecina, oscura o quemada. La piel puede estar adormecida. Pérdida de sensibilidad. Aquí hay compromiso ya vital a nivel de músculos, etc.

2 Objetivos

Determinar los cuidados básicos que debe realizar el personal de enfermería a pacientes que presentan una quemadura de segundo grado a nivel facial.

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que aparecían textos que valoraban el beneficio y tratamiento de quemaduras por parte del personal sanitario. Conocimiento de signos y síntomas de los profesionales sanitarios sobre el tema a tratar. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library. Las palabras utilizadas en DECS fueron “reciclaje”, “formación”, “personal sanitario”.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos podido documentar que tipo de cuidados específicos o a nivel básico puede realizar enfermería en un paciente el cual ha sufrido una quemadura a nivel de la zona corporal facial:

- En cuanto a los cuidados básicos, enfermería debe realizar toma de constantes vitales a nivel de tensión arterial, saturación, sobre todo este signo, ya que puede haber inhalado humo y estar provocando una quemadura interna a nivel pulmonar, temperatura, etc. En el caso de desaturación, el paciente será derivado a un servicio especial conocido como críticos o unidad de cuidados intensivos,

en el cual allí el paciente será intubado y un respirador realizara sus funciones a nivel respiratorio y evitará que siga propagando la quemadura pulmonar.

- En el momento que enfermería compruebe que se considera quemadura facial de segundo grado, tras ser revisada por el facultativo, se realizara un arrastre de piel muerta y desbridamiento de flictenas en caso de que las tenga.
- El facultativo determinará con que será adecuado la cura facial, como sulfadiazina argéntica, furacin, etc.
- El profesional de enfermería deberá explicar al paciente que debe recoger la orina para poder llevar a cabo un control estricto de líquidos y diuresis para comprobar si está afectado el riñón. Se aconsejará al paciente abundante ingesta de líquidos. Y se pautará una dieta hiperproteica. Salvo que el paciente sea diabético.
- El paciente podrá levantarse y pasear por la habitación siempre que no esté afectado el órgano ocular, en este caso generalmente tendrá con apósitos oclusivos tapando ambos ojos.
- La quemadura facial suele realizar una regeneración buena a nivel tegumentario, con lo cual es una zona agradecida en cuanto a la pronta recuperación y menor ingreso del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermería como profesional sanitario ante un paciente con una quemadura en general es importante, con lo cual a nivel facial debe tener cuidados más específicos debido a lo comentado en nuestros resultados.

La enfermera debe tener experiencia en curas a este tipo de pacientes, con lo cual no cualquier enfermera debería realizar estas curas.

El profesional sanitario por ello debería realizar reciclado de todo tipo de curas a distintos niveles del cuerpo y zonas. También con signos de infección y sin ellos. Como se ha comentado, un gran quemado va a ser derivado a UCI para ser monitorizado continuamente.

6 Bibliografía

1. Pérez M. T., Lara J., Ibáñez J., Cagigal L., León C. M. Guía de Actuación ante el paciente quemado. Málaga: Servicio andaluz de Salud. Hospital Regional Universitario Carlos Haya;2006.

161

2. Osborn K. Nursing burn injuries. Nursing Management. 2003; 34(5): 49-56.

3. Formación Médica Continuada. Protocolo de tratamiento de lanas quemaduras en Atención Primaria. FMC. 2010; 17 (4).
4. Quizhpe Sandoval, M. J. (2016). Conocimientos del personal de Enfermería sobre el manejo inicial de pacientes con Quemaduras de segundo y tercer grado en el Servicio de Emergencia del Hospital Pablo Arturo Suárez, periodo Abril A Julio 2016 (Master's thesis, Quito: UCE)

Capítulo 56

TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE COLON

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

AIXA CASILDAS GÓMEZ

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

1 Introducción

El adenocarcinoma de colon es un tipo de cáncer colorrectal que se origina en las células glandulares del revestimiento del colon o del recto. Estas células glandulares son responsables de producir moco y sustancias que ayudan en el proceso de digestión. Cuando estas células experimentan cambios anormales y comienzan a crecer de manera descontrolada, se forma un tumor canceroso en el colon o el recto. El adenocarcinoma de colon es uno de los tipos más comunes de cáncer colorrectal y puede ser grave si no se detecta y trata a tiempo.

Los factores de riesgo para el adenocarcinoma de colon incluyen la edad avanzada, antecedentes familiares de cáncer colorrectal, ciertas afecciones intestinales crónicas como la enfermedad de Crohn, una dieta baja en fibra y alta en

grasas, el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo. La detección temprana es esencial para un pronóstico favorable.

Los síntomas pueden variar, pero a menudo incluyen cambios en los hábitos intestinales, sangrado rectal, dolor abdominal, pérdida de peso inexplicada y fatiga. Las pruebas de detección, como la colonoscopia, son fundamentales para identificar y diagnosticar el adenocarcinoma de colon en sus etapas iniciales.

El tratamiento del adenocarcinoma de colon suele involucrar cirugía para extirpar el tumor, seguida de terapia adyuvante, como quimioterapia y radioterapia, dependiendo del estadio y la extensión del cáncer. El pronóstico varía según la etapa en la que se detecte la enfermedad, pero la detección temprana y el tratamiento adecuado pueden aumentar significativamente las tasas de supervivencia.

El adenocarcinoma de colon es un tipo de cáncer colorrectal que se origina en las células glandulares del colon o el recto. La prevención, la detección temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para controlar esta enfermedad potencialmente grave.

2 Objetivos

Exponer las funciones que tiene el enfermero en el cuidado del paciente con adenocarcinoma de colon.

3 Metodología

Para 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 vital en la atención y el apoyo a los pacientes diagnosticados con cáncer de colon, también conocido como adenocarcinoma

de colon. Sus funciones abarcan una amplia gama de aspectos de la atención al paciente, desde la educación y la evaluación hasta el apoyo emocional y la coordinación de la atención médica. Aquí se describen algunas de las funciones clave del enfermero en el cuidado del paciente con cáncer de colon:

Educación al paciente: El enfermero proporciona información detallada al paciente sobre el diagnóstico, las opciones de tratamiento y las medidas de prevención. Esto incluye explicar el procedimiento de colonoscopia, la cirugía, la quimioterapia y otros tratamientos posibles, así como la importancia de una dieta saludable y la prevención de complicaciones.

Evaluación y monitorización: Realiza evaluaciones regulares de la salud del paciente, incluida la monitorización de signos vitales, la evaluación de efectos secundarios del tratamiento y la detección de cualquier cambio en los síntomas.

Manejo de síntomas: Ayuda al paciente a manejar los síntomas asociados con el cáncer de colon y su tratamiento, como náuseas, vómitos, fatiga y dolor. Proporciona medicamentos y recomienda estrategias de autocuidado.

Cuidado de heridas: En el caso de cirugía para extirpar el tumor, el enfermero se encarga del cuidado de las incisiones quirúrgicas, la administración de apósitos y la prevención de infecciones.

Apoyo emocional: Reconoce las necesidades emocionales del paciente y ofrece apoyo, escucha activa y empatía. Puede derivar al paciente a servicios de apoyo psicológico o grupos de apoyo si es necesario.

Promoción de un estilo de vida saludable: Educa al paciente sobre la importancia de mantener una dieta equilibrada, el ejercicio regular y la prevención de factores de riesgo adicionales, como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol.

Coordinación de la atención: Trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico para coordinar las citas y pruebas médicas, asegurándose de que el plan de tratamiento se ejecute de manera efectiva y de que se proporcionen los cuidados necesarios.

Educación sobre cuidados a largo plazo: Proporciona información sobre los cuidados a largo plazo después de la cirugía o el tratamiento para el cáncer de colon, incluida la vigilancia regular para detectar recurrencias y cambios en la salud intestinal.

El enfermero desempeña un papel multifacético en la atención del paciente con cáncer de colon, brindando educación, apoyo emocional, manejo de síntomas y coordinación de la atención médica. Su enfoque integral es esencial para mejorar la calidad de vida del paciente y optimizar los resultados en el tratamiento del cáncer de colon.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para un buen tratamiento del cáncer de colon es la detección temprana y el seguimiento del plan de atención médica. Es esencial que las personas se sometan a exámenes de detección regulares, como la colonoscopia, especialmente si tienen factores de riesgo. La detección temprana aumenta significativamente las posibilidades de un tratamiento exitoso.

Además, seguir el plan de tratamiento prescrito por el equipo médico es crucial. Esto puede incluir cirugía, quimioterapia, radioterapia o terapias dirigidas. La adherencia al tratamiento es esencial para controlar la enfermedad y prevenir recurrencias.

Por último, mantener un estilo de vida saludable, que incluya una dieta equilibrada, ejercicio regular y evitar el tabaco y el consumo excesivo de alcohol, puede ayudar en la recuperación y mejorar la calidad de vida. La comunicación abierta con el equipo médico y el apoyo emocional también son aspectos clave en el proceso de tratamiento del cáncer de colon.

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 57

TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

AIXA CASILDAS GÓMEZ

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

1 Introducción

La pancreatitis aguda es una inflamación súbita y potencialmente grave del páncreas, un órgano que cumple un papel fundamental en la digestión y la regulación del azúcar en la sangre. Esta afección se caracteriza por la activación prematura de las enzimas digestivas del páncreas, que comienzan a dañar el tejido pancreático y provocan una respuesta inflamatoria en el cuerpo.

La pancreatitis aguda puede tener diversas causas, siendo las más comunes la presencia de cálculos biliares que bloquean los conductos pancreáticos y el consumo excesivo de alcohol. Otros factores, como infecciones, traumatismos, ciertos medicamentos y enfermedades metabólicas, también pueden desencadenar esta afección.

Los síntomas de la pancreatitis aguda pueden ser intensos y se manifiestan con dolor abdominal superior, náuseas, vómitos, fiebre y malestar general. En casos graves, la inflamación pancreática puede extenderse y afectar otros órganos, lo que puede derivar en complicaciones potencialmente mortales.

El diagnóstico se realiza mediante pruebas de laboratorio, imágenes médicas y la evaluación clínica. El tratamiento inicial suele involucrar la hospitalización para controlar los síntomas, proporcionar nutrición intravenosa y evitar la ingesta de alimentos para permitir que el páncreas se recupere. En casos graves, puede requerirse cirugía para drenar abscesos o extirpar tejido dañado.

La prevención de la pancreatitis aguda implica evitar el consumo excesivo de alcohol y abordar cualquier problema médico subyacente que pueda aumentar el riesgo. El pronóstico depende de la gravedad de la inflamación pancreática y de la prontitud del diagnóstico y el tratamiento. El seguimiento médico es fundamental para garantizar una recuperación adecuada y prevenir recurrencias.

2 Objetivos

Exponer las funciones que tiene el enfermero como profesional sanitario en el servicio de especializada hospitalaria

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 enfermero en el cuidado de pacientes con pancreatitis aguda es de suma importancia, ya que esta afección puede ser potencialmente grave y requiere atención y seguimiento cuidadosos. Aquí se describen algunas de las funciones clave del enfermero en el manejo de la pancreatitis aguda:

Evaluación y monitorización: El enfermero realiza una evaluación completa del paciente, incluyendo la medición de signos vitales, el monitoreo del dolor abdom-

inal y la evaluación de los síntomas asociados, como náuseas y vómitos. También se evalúa el estado de hidratación del paciente, ya que la deshidratación es común en la pancreatitis aguda.

Control del dolor: El dolor abdominal puede ser intenso en la pancreatitis aguda. Los enfermeros administran medicamentos para aliviar el dolor y evalúan su efectividad, ajustando las dosis según sea necesario para garantizar el confort del paciente.

Control de las náuseas y vómitos: La náusea y el vómito son síntomas comunes en la pancreatitis aguda. Los enfermeros administran medicamentos antieméticos para reducir estos síntomas y monitorean la tolerancia oral para la alimentación.

Administración de líquidos y nutrición: En muchos casos, los pacientes con pancreatitis aguda no pueden comer alimentos sólidos durante un período de tiempo. Los enfermeros administran líquidos intravenosos y, cuando se indica, pueden participar en la nutrición parenteral o enteral para asegurar la adecuada nutrición y evitar la desnutrición.

Monitoreo de complicaciones: La pancreatitis aguda puede dar lugar a complicaciones, como abscesos o infecciones. Los enfermeros vigilan signos de complicaciones y notifican al equipo médico cualquier cambio en la condición del paciente.

Educación al paciente: Los enfermeros brindan información al paciente y a sus familiares sobre la afección, el tratamiento, las medidas preventivas y las modificaciones en el estilo de vida que puedan ser necesarias para evitar futuros episodios de pancreatitis.

Apoyo emocional: Reconocen las preocupaciones emocionales y psicológicas del paciente y ofrecen apoyo y escucha activa. La pancreatitis aguda puede ser estresante, y el apoyo emocional es fundamental para el bienestar del paciente.

Coordinación de la atención: Colaboran estrechamente con el equipo médico y otros profesionales de la salud para asegurarse de que el paciente reciba una atención coordinada y coherente. Esto incluye programar pruebas médicas y consultas de seguimiento.

El enfermero desempeña un papel esencial en la atención y el cuidado de pacientes con pancreatitis aguda. Su enfoque en la evaluación, el alivio del dolor, la administración de líquidos y nutrición, la educación y el apoyo emocional con-

tribuye significativamente a la recuperación y el bienestar de los pacientes afectados por esta afección.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para un buen tratamiento de la pancreatitis aguda es seguir rigurosamente las indicaciones médicas y nutricionales. Esto incluye abstenerse de consumir alimentos y líquidos durante el tiempo que el médico lo indique, generalmente hasta que los síntomas agudos disminuyan. La hidratación intravenosa es esencial para evitar la deshidratación.

Además, es crucial evitar el alcohol y adoptar una dieta baja en grasas y rica en nutrientes. Los pacientes deben ser educados sobre la importancia de la prevención, ya que el consumo excesivo de alcohol y la dieta inadecuada pueden desencadenar futuros episodios de pancreatitis. También es fundamental mantener una comunicación abierta con el equipo médico y realizar un seguimiento adecuado para garantizar una recuperación completa y prevenir complicaciones a largo plazo. La prevención y el autocuidado son claves en el tratamiento de la pancreatitis aguda.

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 58

TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON PANCREATITIS CRÓNICA

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

AIXA CASILDAS GÓMEZ

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

1 Introducción

La pancreatitis crónica es una enfermedad inflamatoria del páncreas que se desarrolla a lo largo del tiempo y provoca daño permanente en este órgano. El páncreas es fundamental en la producción de enzimas digestivas y la regulación del azúcar en la sangre. Cuando se presenta la pancreatitis crónica, el tejido del páncreas se daña de manera irreversible, lo que afecta su función normal.

Esta afección suele estar relacionada con el consumo crónico de alcohol y puede manifestarse como episodios recurrentes de dolor abdominal intenso, pérdida de peso inexplicada, malabsorción de nutrientes y diabetes debido a la disminución de la producción de insulina. Además del alcoholismo, otras causas de pancreatitis crónica incluyen trastornos genéticos, enfermedades autoinmunitarias,

obstrucción de los conductos pancreáticos y factores desconocidos en algunos casos.

La pancreatitis crónica puede llevar a complicaciones graves, como la formación de pseudocistos (acumulación de líquido), infecciones, insuficiencia pancreática exocrina (incapacidad de producir suficientes enzimas digestivas) y deficiencia de insulina. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de laboratorio, imágenes médicas y la evaluación clínica. El tratamiento implica abordar la causa subyacente, controlar el dolor, administrar enzimas pancreáticas y, en algunos casos, cirugía para aliviar la obstrucción de los conductos.

La pancreatitis crónica es una enfermedad inflamatoria del páncreas que resulta en daño permanente del tejido pancreático y puede estar relacionada con el consumo crónico de alcohol u otras causas. Esta afección afecta la función del páncreas y puede dar lugar a complicaciones significativas en la digestión y la regulación del azúcar en la sangre. El tratamiento se centra en controlar los síntomas y abordar la causa subyacente cuando sea posible.

2 Objetivos

Exponer las funciones que tiene el enfermero como profesional sanitario en relación con el paciente con pancreatitis crónica.

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 papel del enfermero en la atención al paciente con pancreatitis crónica es crucial, ya que esta enfermedad requiere un manejo constante y un enfoque integral para mejorar la calidad de vida del paciente. Aquí se describen algunas de las funciones clave del enfermero en el cuidado del paciente con pancreatitis crónica:

Evaluación y seguimiento: El enfermero realiza una evaluación exhaustiva del

paciente para determinar el estado de su enfermedad, incluyendo la gravedad de los síntomas, la función pancreática y la nutrición. Lleva un registro de los episodios de dolor abdominal, la dieta y el peso corporal para identificar cualquier cambio significativo.

Control del dolor: El dolor abdominal es un síntoma común en la pancreatitis crónica. Los enfermeros administran medicamentos analgésicos y evalúan la efectividad de estos tratamientos. También educan al paciente sobre cómo controlar y comunicar el dolor.

Educación al paciente: Proporcionan información sobre la enfermedad, su evolución y las medidas necesarias para mantenerla bajo control. Esto incluye asesoramiento sobre la importancia de una dieta baja en grasas, la abstinencia del alcohol y el uso de enzimas pancreáticas para mejorar la digestión.

Nutrición y manejo de la dieta: Ayudan al paciente a planificar una dieta adecuada que minimice la carga sobre el páncreas y garantice una nutrición adecuada. Esto puede implicar la adaptación de la dieta en función de los síntomas y la administración de enzimas pancreáticas.

Manejo de complicaciones: La pancreatitis crónica puede llevar a complicaciones como la diabetes y la malabsorción de nutrientes. Los enfermeros desempeñan un papel importante en la identificación temprana de estas complicaciones y en la gestión de su tratamiento.

Apoyo emocional: Reconocen el impacto emocional que la pancreatitis crónica puede tener en el paciente y su familia. Ofrecen apoyo, escucha activa y recursos para el manejo del estrés y la ansiedad.

Coordinación de la atención: Trabajan en estrecha colaboración con el equipo médico, incluyendo gastroenterólogos y nutricionistas, para asegurarse de que el plan de atención sea coherente y eficaz. Esto puede incluir la programación de consultas de seguimiento y pruebas médicas.

Promoción del autocuidado: Educan al paciente sobre la importancia de llevar un registro de síntomas, llevar un estilo de vida saludable y comunicarse con el equipo médico ante cualquier preocupación o cambio en su salud.

El enfermero desempeña un papel esencial en el cuidado y la gestión del paciente con pancreatitis crónica. Su enfoque en la educación, el control del dolor, la nutrición y el apoyo emocional contribuye significativamente a la calidad de vida del

paciente y a la prevención de complicaciones asociadas con esta afección crónica.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación crucial para un buen tratamiento de la hepatitis crónica es la adherencia estricta al plan de tratamiento prescrito por el médico especialista en enfermedades hepáticas. Esto incluye tomar los medicamentos antivirales o inmunomoduladores según las indicaciones, así como asistir a todas las citas médicas y de seguimiento programadas.

Además, es fundamental mantener un estilo de vida saludable para reducir la carga sobre el hígado. Esto implica evitar el consumo de alcohol y drogas hepatotóxicas, así como llevar una dieta equilibrada y hacer ejercicio regularmente. La prevención de la transmisión a otras personas también es importante, por lo que se deben tomar precauciones en las relaciones sexuales y el uso compartido de objetos personales que puedan estar en contacto con sangre.

El apoyo emocional y la educación sobre la enfermedad son igualmente importantes. Participar en grupos de apoyo y hablar abiertamente sobre la hepatitis crónica con familiares y amigos puede ayudar a reducir el estrés y la estigmatización. En resumen, la adherencia al tratamiento médico, un estilo de vida saludable y el apoyo emocional son esenciales para el buen tratamiento de la hepatitis crónica y la preservación de la salud hepática a largo plazo.

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 59

LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DEL DOLOR

MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN

CELIA ROLANDO CALLE

LAURA REDONDO CULEBRAS

MARTA CAÑEVERAS VALENCIA

CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ

1 Introducción

El dolor en la población adulta es uno de los mayores motivos de consulta. El dolor crónico afecta a gran parte de la población, entre 15-25% en adultos y este porcentaje aumenta en mayores de 65 años hasta un 50%, por tanto, debemos pensar que el dolor crónico es un problema de salud pública.

Hay estudios, realizados en España, que cifran el dolor crónico en las consultas de atención primaria en un 30,9% siendo gran parte de su componente dolor neuropático.

En general, las personas con dolor crónico están siendo tratadas inadecuadamente, ya que se infravalora este problema.

El R.D. 1277/2003, de 10 de octubre, se recoge las bases generales para autorizar a centros, servicios y establecimientos sanitarios dedicados al tratamiento del dolor y en él se definen las UNIDADES DEL DOLOR (“U.36 Tratamiento del dolor: unidad asistencial en la que un médico especialista es responsable de aplicar

técnicas y métodos para eliminar o aliviar el dolor, de cualquier etiología, al paciente”)

En 1966, aparece la primera Unidad del Dolor en España, en lo que actualmente se llama Universitario Fundación Jiménez Díaz, de Madrid. Nació a cargo del servicio de Anestesiología y Reanimación.

En la actualidad, se tiende a que las Unidades del Dolor sean multidisciplinarias, ya que se ha demostrado que de esta manera tienen una mayor eficacia costo-efectiva. Debemos recordar que el tratamiento del dolor es un derecho del ser humano y es un deber ético que tenemos los profesionales de la salud, como se recoge en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

2 Objetivos

Informar sobre la importancia de la consulta de enfermería en la unidad del dolor del centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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

En las unidades del dolor, se ven pacientes derivados de otras especialidades, sobre todo traumatología, neurocirugía, reumatología y rehabilitación. El perfil de este paciente es similar al que se ve en atención primaria, suelen ser mujeres de unos 50 años, con dolor moderado-alto y que afecta a sus actividades de la vida diaria. El “dolor lumbar” es el más frecuentemente referido.

Actualmente, en España, según la Sociedad Española de Dolor (SED) hay 183 Unidades del Dolor (2019), y solo un 57% de ellas cuenta con una o más enfermeras a tiempo completo y el 26% a tiempo parcial.

La enfermera en la Unidad del Dolor llevará a cabo varias actividades, unas compartidas con el resto de miembros del equipo, como colaborar en la realización de los diferentes bloqueos, en quirófano cuando se implanten bombas intratecales o

neuroestimuladores y otras que realizará de forma autónoma en la Consulta de enfermería

La enfermera, en su consulta, llevará a cabo las fases del PAE (Proceso de Atención de Enfermería). Así, en la primera fase, realizará una valoración de los problemas del paciente, siempre desde una perspectiva holística, puesto que el dolor afecta al paciente en todos los ámbitos de su vida(laboral, social, descanso...)

- VALORACIÓN

Se hará una entrevista al paciente, recogiendo información a través de Patrones Funcionales de M. Gordon o Necesidades Básicas de V. Henderson. En esta fase usaremos las diferentes escalas de dolor.

EVA (Escala visual analógica) Se realiza una línea de 10 cm , en el extremo izquierdo estaría el 0 nada de dolor y en el derecho el 10 máximo dolor y se pide al paciente que marque donde estaría su dolor, se mide con una regla donde ha marcado el paciente EN (Escala numerada) Se pide al paciente que de un número a su dolor siendo 0 sin dolor y máximo dolor.

Cuestionario del dolor McGill (MPQ) Valora esferas sensorial y afectiva.

- DIAGNÓSTICO

Tras la recogida de datos y su posterior análisis, la enfermera establecerá los diagnósticos enfermeros, en taxonomía NANDA, el más habitual aquí será “dolor crónico”

- PLANIFICACIÓN

Una vez establecido el/los diagnósticos nos plantearemos los resultados a conseguir por nuestro paciente, para ello usaremos la taxonomía NOC, así como intervenciones que llevará a cabo para conseguirlos, taxonomía NIC.

- EJECUCIÓN

Se llevarán a cabo las intervenciones que hemos planificado

- EVALUACIÓN

No solo en este momento, sino de forma continua, iremos revisando con nuestro paciente si los objetivos que nos planteamos están siendo alcanzados. Iremos modificando nuestro plan según vayamos o no logrando esos objetivos

En esta Consulta la enfermera desarrollará diferentes funciones.

-Función docente: Será la encargada de esclarecer el tratamiento farmacológico al paciente y a la familia, explicándoles la importancia de tomarlo en un horario fijo para mantener niveles de fármaco en sangre, incidiendo en no saltarse dosis. Expondrá los efectos adversos esperados y cuáles no son esperados y pueden ser motivo de consulta. En caso de efectos adversos, intentará dar consejos para minimizarlos o paliarlos.

En pacientes con neuroestimulador, explicará que se espera tras su implantación

y que no y será la encargada de realizar el seguimiento de estos pacientes, adiestrando en el manejo del mando.

En pacientes con bombas intratecales, informará al paciente y a la familia de como funciona, signos de alarma, así como qué hacer si la alarma suena. En caso de bombas que tengan mando, será la encargada de instruir al paciente en su uso. La enfermera suele ser la persona que se encarga de las llamadas que realizan los pacientes a la Unidad del Dolor, por tanto, suele ser la que si se puede le resuelve esas dudas por teléfono o los cita para valorar la situación y replantear al plan, siendo el nexo de unión entre paciente/familia y resto del equipo

-Función asistencial. En gran parte la consulta de enfermería surge por esta función, se dota a la Unidad de un lugar (suele ser un Hospital de Día en las unidades más grandes o una sala en aquellos más pequeños) donde la enfermera pueda realizar las curas de los pacientes a los que se les ha implantado una bomba intratecal o un neuroestimulador. Además de las curas, se encarga de la aplicación de parches de capsicina 8% en aquellos pacientes con dolor neuropático y los cita cíclicamente en función de la respuesta a este tratamiento. Se suelen hacer también tratamientos con perfusiones de lidocaína o lidocaína y ketamina

-Función coordinación. Dentro de la agenda de enfermería se suele incluir el realizar llamadas para evaluar si un tratamiento (sobre todo en técnicas intervencionistas) ha sido eficaz en el paciente y si no es así, ser el nexo de unión con el resto del equipo para decidir que plan seguir con el paciente. Puede parecer que esta función no es muy importante, pero realmente le evita al paciente tiempo de espera y demora para la consulta y hace que aumente el nivel de satisfacción, porque el paciente se siente escuchado, comprendido y acompañado en todo su proceso.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera tiene un papel muy importante dentro de las Unidades del Dolor, ya que suele ser la persona con la que es más fácil contactar, por lo que es el eslabón que une a paciente y Unidad.

La consulta de enfermería, en su función docente, ayuda al paciente a mejorar su calidad de vida, explicándole lo importante que es tomar siempre la medicación e intentando paliar aquellos efectos adversos que pudieran surgir.

A pesar de la importancia de la Consulta de Enfermería en las Unidades de Tratamiento del Dolor, existen pocos sitios donde la enfermera esté a tiempo completo y donde haya más de una enfermera para que se pueda dedicar el tiempo necesario a cada paciente, realizar su PAE individualizado y darle la atención de

calidad que nos gustaría.

Las Unidades del Dolor están en extensión aún y hasta no hace mucho el Dolor Crónico no era considerado un problema de Salud Pública, por lo que esperamos que con el tiempo la enfermera, como miembro de este equipo multidisciplinar, esté cada día más presente.

6 Bibliografía

1. Goberna Iglesias MJ, Mayo Moldes M, Lojo Vicente V. Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2014 [citado el 27 de abril de 2023];21(1):50–8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000100006
2. de Enfermería Ocronos RM y. ¿Qué es la Unidad del Dolor? Funciones de la enfermera en las Unidades del Dolor [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-técnica. 2020 [citado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/que-es-la-unidad-del-dolor-funciones-enfermera/>
3. Morla AC. ROL DE LA ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DEL DOLOR [Internet]. Uva.es. [citado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47713/TFG-H2229.pdf?sequence=1>
4. Del dolor no tiene carácter normativo T, De su en el S de EURM o. EP la A. recomendaciones de calidad [Internet]. Gob.es. [citado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad_de_tratamiento_del_dolor.pdf
5. de Grado TF. Multidimensionality of chronic pain: Nursing role [Internet]. 115 Unican.es. [cited 2023 Apr 27]. Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/22583/IGLESIAS%20COBO%2C%20LAURA.pdf?sequence=1>
6. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 27];25(4):228–36. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000400228

Capítulo 60

ENFERMERÍA EN URGENCIAS DE SALUD MENTAL Y EL INTENTO AUTOLÍTICO

MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN

CELIA ROLANDO CALLE

LAURA REDONDO CULEBRAS

MARTA CAÑEVERAS VALENCIA

CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ

1 Introducción

Hemos visto un avance significativo en los servicios de salud mental en los últimos años. En respuesta a un aumento de la demanda por problemas de salud mental, algunos de ellos incluyen los dispositivos de atención de una urgencia psiquiátrica integrados en el servicio general de urgencias.

El suicidio se ha considerado tradicionalmente como un síntoma más de enfermedad mental. Se ha observado a lo largo de la historia y a medida que el campo de estudio ha ido avanzando, la ideación autolítica es la presencia continua de pensamientos o ideas suicidas en una persona.

Mientras que definimos el suicidio consumado como “cualquier muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debe producir ese resultado”.

Circunstancias similares se dan con la ideación suicida, que no se puede contabilizar si no se confirma porque el paciente no la comunica a un profesional sanitario o este no la registra en la historia clínica del paciente.

Debemos destacar los siguientes factores de riesgo: la genética, la edad, el sexo, las circunstancias laborales y económicas, las convicciones religiosas, el aislamiento social, el maltrato social, la patología psiquiátrica previa y los posibles intentos previos.

2 Objetivos

- Examinar las características clínicas del paciente que solicita el servicio de emergencias al personal de enfermería, tanto en consulta como en urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

La especialidad de enfermería psiquiátrica prepara a las enfermeras para ofrecer atención directa y apoyo a las personas con enfermedades mentales, permitiéndoles vivir una vida más feliz y saludable con sus seres queridos con su enfermedad.

Como profesionales que tratan constantemente a los pacientes, desarrollan relaciones terapéuticas con ellos y ayudan a las familias a progresar, las enfermeras desempeñan un papel crucial en la reintegración de los pacientes a la sociedad. Los números no han podido bajar tanto como se predijo originalmente a pesar de ser reconocido como un problema grave de salud pública y de tener políticas y planes estratégicos, pero la investigación y el número de profesionales especializados en salud mental que pueden tratarlo están creciendo. Desde los Servicios de Urgencias Hospitalarias también se desarrollaron protocolos de atención específicos para estas patologías.

La estabilización del cuadro orgánico del paciente, que incluye los tiempos correspondientes al control de los síntomas causados, por ejemplo, por intoxicación, siempre debe anteponerse a la valoración psiquiátrica cuando un paciente con diagnóstico de intento de suicidio ingresa en urgencias o abstinencia, que requiere atención médica de emergencia.

Es importante distinguir entre los pacientes que tienen ideación y antecedentes de enfermedad mental, los que tienen antecedentes de consumo de drogas y los que se encuentran en situaciones de crisis, ya que la primera situación requiere derivación a psiquiatría y la segunda no. Para una reevaluación posterior, se debe resolver el cuadro de ideación suicida.

Desde un punto de vista integral, el personal de enfermería en psiquiatría son capaces de aplicar métodos y técnicas físicas y mentales a sus pacientes, formando parte de la colectividad médica de relevancia para el hospital, la clínica o el entorno particular.

5 Discusión-Conclusión

La ideación suicida es una de las emergencias psiquiátricas más comunes, pero los intentos de suicidio, cuando requieren atención médica, presentan un desafío para los servicios de salud pública porque, por definición, son atendidos por personal que no está especialmente capacitado en salud mental. Desde la perspectiva del hospital, estos pacientes son ingresados y sometidos a una evaluación preliminar en el Servicio de Urgencias, donde la preparación de los profesionales en habilidades de salud mental es fundamental para el abordaje. En estas situaciones, donde se trabaja en colaboración con el Servicio de Salud Mental, la elaboración de protocolos de actuación es otro aspecto crucial.

6 Bibliografía

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

Capítulo 61

PAPEL DE LA ENFERMERA CIRCULANTE E INSTRUMENTISTA EN QUIRÓFANO

MARTA GARCÍA CUÉLLIGA

LAURA MÍNGUEZ CUBERO

NIEVES HEREDIA ALONSO

1 Introducción

El quirófano es un servicio muy específico en el que se ha de llevar cuidado con las condiciones de asepsia, ya que en un lugar de gran proliferación bacteriana, para ello se limita el tránsito de personas que entran y salen de él para mantener unas mínimas condiciones de asepsia y seguridad. El equipo quirúrgico que actúa es multidisciplinario, cada uno tiene sus funciones que se complementan, pero cabe destacar el papel que enfermería tiene porque se asegura de minimizar el riesgo con su colaboración en preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. Otra función muy importante es la de tranquilizar a los pacientes, ya que es una operación a menudo es una situación estresante que puede causar temor, por eso es importante hablar con ellos, explicarles y conseguir calmarlo, creando un vínculo enfermera-paciente que creará una atención individualizada que incluirá aparte de los cuidados correspondientes por la intervención, unos cuidados hacia la persona humanizada porque trabajamos con humanos y no con máquinas, cosa que en muchas ocasiones se olvida. Areli, M.M. (2017), Fadrique Casero, M. (2015).

Existen dos roles de enfermería importantes en el quirófano de los cuales hablaremos en esta revisión bibliográfica, estos son el de la enfermera circulante la cual no estará estéril y el de la enfermera instrumentista que sí que lo estará. Ambos son de gran importancia para que las operaciones a realizar salgan lo más exitosas posible. Para ello se debe limitar y definir bien las funciones de ambas en todas las fases de la operación. Fadrique Casero, M. (2015).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer y definir las funciones que desempeñan tanto la enfermera circulante como la enfermera instrumentista dentro del equipo del quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Google Scholar, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Para la estrategia de búsqueda se usaron las palabras claves “enfermera circulante” “enfermera instrumentista” unidas mediante los operadores booleanos “AND” y “OR”.

- Criterios de inclusión: artículos en español e inglés, que hablasen del rol de enfermería en quirófano de forma generalizada.
- Criterios de exclusión: aquellos artículos que hablasen de las funciones de enfermería en quirófano para una determinada situación.

4 Resultados

La enfermera instrumentista se asegura de que haya una seguridad antes, durante y después de la intervención. Areli, M.M. (2017), Fadrique Casero, M. (2015), Méndez. D. (2018).

- En el preoperatorio debe saber de qué operación se trata para prepararla. Se hará el lavado, se vestirá y se pondrá guantes, todo de forma estéril. Areli, M.M. (2017), Fadrique Casero, M. (2015), Méndez. D. (2018).
- En el intraoperatorio prepara la mesa con un campo estéril en el quirófano con todo el material e instrumental que se podría usar, ayudará al cirujano con su vestimenta y guantes y le ayudará también proporcionándole el material que

necesite. Muy importante es que debe controlar el material usado y el conteo de gases y compresas, las cuales deben ser radiopacas. Areli, M.M. (2017), Fadrique Casero, M. (2015), Méndez. D. (2018).

- En el postoperatorio, es decir, al finalizar la operación, se encargará de la herida quirúrgica, haciéndole la primera cura y comprobando que el paciente se encuentra bien. También, recogerá la mesa para facilitar la recogida del material para su esterilización. Areli, M.M. (2017), Fadrique Casero, M. (2015), Méndez. D. (2018).

ENFERMERA CIRCULANTE

La enfermera circulante tiene funciones que no son estériles. Debe conocer a todo el equipo que participará en la cirugía sabiendo sus funciones. Areli, M.M. (2017), Fadrique Casero, M. (2015), Méndez. D. (2018).

- En el preoperatorio se encargará de ordenar la sala junto a la instrumentista. Preparará una mesa mayo con material acordado con el equipo, como puede ser material para una anestesia raquídea o material para una intubación. Dejará preparado los equipos suplementarios como el monitor de constantes, las lámparas, las bolsas para la ropa sucia... Además, se encargará de dejar encima de la mesa todo el material necesario para hacerla estéril. Una vez la mesa estéril montada echará al campo todo el material necesario que manipulará la instrumentista, ya que es la persona estéril. Ayudará a vestirse a los demás miembros y a la desinfección de la piel. Areli, M.M. (2017), Fadrique Casero, M. (2015), Méndez. D. (2018).

- En el intraoperatorio estará a la disposición de cualquier cosa que surja notificando si debe salir. Junto con la instrumentista llevará el conteo de gases y compresas sin tirarlas para revisarlo al final de la intervención. además, si se usan por sangrado se pesarán (1g=1ml). Debe estar pendiente de las constantes del paciente ayudando a los anestesiistas a preparar la medicación que soliciten. También preparará y etiquetar piezas quirúrgicas. Areli, M.M. (2017), Fadrique Casero, M. (2015), Méndez. D. (2018).

- En el postoperatorio ayudará a despojar de las vestimentas a los miembros, a curar de la herida y a ayudar a trasladar al paciente a la camilla. Areli, M.M. (2017), Fadrique Casero, M. (2015), Méndez. D. (2018).

5 Discusión-Conclusión

Según lo investigado, llegó a la conclusión de que tanto el papel de enfermería circulante como el de instrumentistas son muy importantes y se han de saber bien las funciones de cada uno, ya que así habrá mayor probabilidad de éxito.

El quirófano es un lugar en que se ha de saber acerca de diversas técnicas, acerca

de la materia y acerca de las muchas intervenciones. Por eso, es una bolsa específica porque se necesitan adquirir muchos conocimientos para no poner en peligro la seguridad del quirófano. Dicho esto, se ve la importancia de definir todas las funciones para que se minimicen los riesgos tanto en preoperatorio, como intraoperatorio como postoperatorio, ya que todas forman parte de la intervención y todas son imprescindibles.

6 Bibliografía

1. ARELI, M. M. (2017) FUNCIONES DE LA ENFERMERA CIRCULANTE Y ENFERMERA INSTRUMENTISTA.
2. Fadrique Casero, M. (2015). Enfermería en quirófano.
3. Méndez, D. (2018). La enfermera instrumentista. Autoridades de la Universidad Central del Ecuador (UCE), 43(2), 141-149.

Capítulo 62

LA ENFERMERIA Y SU IMPORTANCIA EN LOS HOSPITALES

MARÍA SORAYA ISLAS DELGADO

FÁTIMA CANCHO GARLITO

1 Introducción

La enfermería, como acción, se refiere a la actividad que se encarga del cuidado y de la medicación de los pacientes de un hospital, así como también asistiendo al personal médico en otras actividades clínicas, como operaciones. La enfermería se encarga no solo de las personas enfermas, sino que también de las sanas, promoviendo la salud, mediante medidas para evitar enfermedades, y atendiendo a todo tipo de pacientes de todas las edades, grupos o etnias, sin discriminación alguna.

La enfermería es una rama de la medicina que estudia ciertas características del ser humano, como la psicología o la biología, y gracias a esto la enfermería tiene diversas ramas, y diferentes especialidades también que veremos más adelante. Una vez que entendemos el concepto de enfermería, podemos decir que entendemos también el concepto de enfermero, el enfermero es la persona que desempeña dicha disciplina, después de haber realizado algún estudio, que le haya proporcionado las capacidades y habilidades para ejercer dicha carrera. Las tareas que realiza un enfermero pueden ser muchas y pueden variar según el tipo de enfermero, Los estudios de enfermería otorgan al enfermero diferentes habilidades, un enfermero puede llevar a cabo tareas administrativas, de profesor e incluso de investigación, siempre que de la materia se trate.

2 Objetivos

- Identificar las diferentes tareas que realiza un enfermero y las diferentes ramas de la enfermería
- Identificar la importancia del personal de enfermería en los hospitales.

3 Metodología

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

4 Resultados

La enfermería ejercida profesionalmente tuvo su inicio alrededor de los 250 a. C con la creación de la primera escuela de enfermería de la historia, y por aquellos tiempos la enfermería era una profesión que solo los hombres tenían derecho de ejercer. En la antigua Roma, el rol del enfermero era casi el de un doctor, porque no solo cuidaban de sus pacientes, sino que también se encargaban de diagnosticarles. Con la llegada del cristianismo la demanda de enfermeros, médicos y hospitales creció debido a las cruzadas, y es ahí cuando la mujer empieza a tener cabida en esta profesión, claramente teniendo en como guía unos cuantos aspectos religiosos populares de aquella época.

En la edad moderna, la enfermería se ejercían desde casa no había norma alguna que dictase que dicha profesión no podía ser ejercida fuera de alguna institución, después del siglo XVI la enfermería sufrió una decadencia debido a La reforma protestante, donde se adoptó la filosofía de que las obras de caridad y la salvación no tenían relación alguna; pero alcanzó su peor etapa cuando en los años 1500 y 1860 cuando se detuvo el progreso científico debido a las creencias religiosas. Entre esos años también se exigió la creación de un reglamento para poder ejercer profesionalmente esta carrera. En los años posteriores, la enfermería empezó un proceso de progreso en el que se abrieron nuevas escuelas donde las enfermeras enseñaban a sus pupilas todos los conocimientos, que servían tanto para cumplir un rol en el hospital como para realizar ciertos procesos en casa. Casi 100 años después se empieza a reconocer la enfermería como una profesión y se empiezan

a impartir conocimientos más formalmente y a solicitar en hospitales un cierto nivel de conocimientos para poder ejercer.

En la actualidad existen diferentes especialidades de enfermería, hay enfermeros de psiquiatría, oncología, cardiorrespiratoria, gerencia hospitalaria e incluso familiar y comunitaria, entre otras muchas más.

5 Discusión-Conclusión

A través de la historia podemos observar como el rol de la enfermera es esencial para los cuidados de las personas enfermas y para la promoción de la educación sobre la salud en las comunidades, para prevenir enfermedades. La disposición del equipo de enfermería resulta necesario para el correcto desempeño de las habilidades de otros sanitarios como médicos y especialistas encargados de guiar a los enfermeros durante su trabajo rutinario, así como los auxiliares de enfermería que son responsabilidad de los enfermeros y tienen que darles las directrices necesarias para el cumplimiento de sus tareas.

El apoyo emocional que proporcionan los enfermeros a los pacientes enfermos es muy importante a la hora de sobrellevar las patologías y en ocasiones hacer de su estancia en hospital más amena.

6 Bibliografía

1. La importancia y las funciones de la Enfermería [Internet]. Antonio tu enfermero. 2021 [citado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://antoniotuenfermero.com/la-importancia-y-las-funciones-de-la-enfermeria/>
2. Aliat. La importancia de la Enfermería en el sector salud [Internet]. Edu.mx. RED UNIVERCOM SC - RFC RUN991216NF6; 2020 [citado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.utan.edu.mx/blog/index.php/importancia-de-la-enfermeria>
3. Wikipedia contributors. Enfermería [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Enfermer%C3%ADa&oldid=153823528>

Capítulo 63

EJERCICIO FÍSICO EN EL EMBARAZO

MARIA GARCIA GONZALEZ

MONICA VIDAL ARENAS

CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ

1 Introducción

La actividad física es todo aquel movimiento corporal que tiene como resultado un gasto energético por encima del metabolismo basal. Podemos encontrar diferentes modalidades de actividad física como estiramientos, ejercicios de flexibilidad, actividad cardiovascular y ejercicio de fuerza (1)

El ejercicio físico durante el embarazo ha sufrido muchos cambios de tendencia a lo largo de los años, viéndose influenciado por corrientes culturales que nada tienen que ver con la evidencia científica que ha demostrado de manera bien documentada que el ejercicio es beneficioso tanto para la madre como para el feto. (2)

Las primeras recomendaciones acerca del ejercicio físico en el embarazo llegaron desde estados unidos en los años 50. No fue hasta 1985 cuando se publicó por parte del colegio americano de obstetricia una guía de ejercicio en el embarazo y postparto. En esta guía se desarrollaba una tendencia conservadora en la que no se avalaba ningún tipo de ejercicio, excepto el ejercicio aeróbico durante el embarazo. (2)

En España no fue hasta febrero de 2017 que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia promovió un estudio para la elaboración de guías españolas para el ejercicio durante el embarazo, que se terminó publicando en el año 2019. (2)

Actualmente, las recomendaciones para la mayoría de la población general son:

- Los adultos deben realizar ejercicio físico con regularidad.
- Llegar a 150 semanales de actividad aeróbica vigorosa o 75 minutos semanales de actividad física vigorosa.
- El ejercicio se puede realizar como mínimo en sesiones de los 10 min como mínimo.
- Realizar ejercicio de fuerza de grandes grupos musculares, al menos dos días a la semana.

2 Objetivos

- Determinar la evidencia científica alrededor de la actividad física en el embarazo
- Desmitificar algunas creencias en la población general
- Resumir cuales son los beneficios más evidentes sobre la madre y el feto
- Establecer cuáles son las mujeres de riesgo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Aunque durante años ha habido reparos a la hora de realizar ejercicio físico en el embarazo, se ha demostrado en numerosas ocasiones que la actividad física no produce ningún perjuicio en la salud ni de la madre ni del feto. Los efectos positivos en la madre pueden ser la disminución del riesgo de coger peso excesivo, menor riesgo de desarrollar hipertensión en el embarazo y menor riesgo de diabetes.⁽¹⁾ También encontramos que alivia molestias producidas por el embarazo, mejora la postura y previene el deterioro de las articulaciones. (3) Por otro lado, en el feto se ha podido observar menor riesgo de macrosomía y menor riesgo de sobrepeso u obesidad en el primer año de vida. (1)

Otra esfera de vital importancia y muy infravalorada es la salud mental materna, que a menudo se ve afectada por trastornos que se infra diagnostican por el estigma social que genera. En varios estudios de diferentes dimensiones, se demues-

tra que practicar ejercicio físico regular, al menos una vez por semana, reduce los síntomas de la depresión durante la gestación(1)

La gran pregunta es cuánto deporte debería hacer una mujer embarazada, si debería tener en cuenta el momento de la gestación en el que está y qué tipo de ejercicio sería el más adecuado. Sin duda, el ejercicio físico más recomendado y avalado por todos los expertos, que a priori, no presenta riesgo de lesiones ni ningún perjuicio para la madre o el feto es el yoga adaptado para embarazadas. (1,2)

En cuanto a la cantidad de ejercicio físico que debería realizar una embarazada, la mayoría de las guías establecen que al menos 150 min a la semana, pero en alguna guía establece que 300 minutos de actividad física. Se recomienda que la gestante esté activa todos los días de la semana de forma sistemática, pero estos 150-300 minutos repartirlos en al menos 3-4 sesiones a la semana. La intensidad del ejercicio será moderada, que equivale a que la mujer pueda mantener una conversación durante el ejercicio o menos del 60% de su frecuencia cardiaca máxima, que estará alrededor de 140 pulsaciones. El tipo de ejercicio se recomienda combinar tanto aeróbico, como ejercicios de fuerza y estiramientos como yoga. (2)

Las guías de referencia consideran que hay señales que la gestante debe tener en cuenta para detener la actividad deportiva y solicitar atención médica de inmediato. Estas son: dificultad para respirar que no mejora tras reposo, dolor intenso en el pecho, contracciones uterinas regulares, sangrado vaginal, rotura prematura de membranas, mareos o desmayos que no remitan con el reposo, cefalea, debilidad muscular o hinchazón de las pantorrillas. (2)

ACTIVIDAD FÍSICA PARA EVITAR DURANTE EL EMBARAZO: en general todas las guías coinciden que deben evitarse aquellos ejercicios que implique un alto riesgo de caída, contacto o traumatismos. La SEGO por su parte, especifica que debe evitarse además los ejercicios de Valsalva, hipopresivos, aquellos ejercicios de tensión muscular extrema. La SOGC además advierte que esta desaconsejada la práctica deportiva en condiciones de calor excesivo o con mucha humedad, evitar también el buceo y prestar especial atención aquellas mujeres que se ejerciten por encima de los 2500 m de altitud. Por último, la RANZCOG especifica sobre evitar levantar pesos pesados, ejercicios que impliquen aguantar la respiración, evitar también saltos o rebotes. (2)

5 Discusión-Conclusión

La práctica de actividad física en el embarazo, controlada y bajo la guía o supervisión de profesionales que estén formados para ello, ha demostrado ser ben-

eficiosa tanto para la madre como para el feto, ya no solo en la esfera física de ambos, sino también en la esfera mental de la madre y a nivel de neurodesarrollo para el feto.

Como resumen de cómo realizar la actividad física deberíamos dedicar entre 150 y 300 min a la semana, repartidos en mínimo 3 días a la semana. Deberíamos intentar mantener un estado activo durante todos los días de manera rutinaria y el tipo de ejercicio, lo más beneficioso será ir alternando y combinando rutinas para que contenga tanto ejercicio para tonificar músculos, aeróbico para trabajar la capacidad cardiovascular y la resistencia, así como estiramientos en yoga o disciplina similar.

Debemos tener en cuenta el perfil de embarazada, en algunos casos estará contraindicada la práctica de ejercicio físico o necesitará ser adaptado para cada tipo de gestante. También debemos advertir a las gestantes cuales son las señales por las que deberían detener la práctica de actividad física y acudir a urgencias si su estado no mejora.

6 Bibliografía

1. Silvente Troncoso C. Actividad física durante el embarazo: efecto en la gestante y el recién nacido. Estudio ECLIPSES_AF. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa) [Internet]. 2023 Jul 17; Available from: <https://www.tdx.cat/handle/10803/688816>.
2. Gallo-Galán LM, Gallo-Vallejo MÁ, Gallo-Vallejo JL. Recomendaciones prácticas sobre ejercicio físico durante el embarazo basadas en las principales guías de práctica clínica. Aten Primaria [Internet]. 2023 Mar 1;55(3):102553. Available from: [/pmc/articles/PMC9931916/](https://pmc/articles/PMC9931916/).
3. Aroca GAO, Mendoza MBR, Toro AMC, Burgos JFM, Carrión ZIS, Fischer BRM. Ejercicios físicos terapéuticos y su impacto en mujeres embarazadas. Una revisión sistemática. Lecturas: Educación Física y Deportes [Internet]. 2023 Jun 7;28(301):204–28. Available from: <https://efdeportes.com/efdeportes/index.php/EFDeportes/article/view/3927/1867>.

Capítulo 64

ENFERMERÍA Y EL PACIENTE QUE SE AUTOLESIONA

CELIA ROLANDO CALLE

LAURA REDONDO CULEBRAS

MARTA CAÑEVERAS VALENCIA

CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ

MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN

1 Introducción

Hemos visto un avance significativo en los servicios de salud mental en los últimos años. En respuesta a un aumento de la demanda por problemas de salud mental, algunos de ellos incluyen los dispositivos de atención de una urgencia psiquiátrica integrados en el servicio general de urgencias.

El suicidio se ha considerado tradicionalmente como un síntoma más de enfermedad mental. Se ha observado a lo largo de la historia y a medida que el campo de estudio ha ido avanzando, la ideación autolítica es la presencia continua de pensamientos o ideas suicidas en una persona.

Mientras que definimos el suicidio consumado como “cualquier muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debe producir ese resultado”.

Circunstancias similares se dan con la ideación suicida, que no se puede contabilizar si no se confirma porque el paciente no la comunica a un profesional

sanitario o este no la registra en la historia clínica del paciente.

Debemos destacar los siguientes factores de riesgo: la genética, la edad, el sexo, las circunstancias laborales y económicas, las convicciones religiosas, el aislamiento social, el maltrato social, la patología psiquiátrica previa y los posibles intentos previos.

2 Objetivos

Conocer las funciones de enfermería ante el paciente que se autolesiona.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Medline, Google Scholar y la Cochrane plus con las palabras clave: “intento autolítico”, “suicidio”, “urgencias psiquiátricas” y “tentativa autolítica”. De los resultados de estas bases de datos se seleccionaron los que más se ajustaban a nuestro propósito y a partir de esa selección se realizó la posterior revisión bibliográfica extrayéndose las consecuentes conclusiones.

4 Resultados

La especialidad de enfermería psiquiátrica prepara a las enfermeras para ofrecer atención directa y apoyo a las personas con enfermedades mentales, permitiéndoles vivir una vida más feliz y saludable con sus seres queridos. con su enfermedad.

Como profesionales que tratan constantemente a los pacientes, desarrollan relaciones terapéuticas con ellos y ayudan a las familias a progresar, las enfermeras desempeñan un papel crucial en la reintegración de los pacientes a la sociedad. satisfactorio.

Los números no han podido bajar tanto como se predijo originalmente a pesar de ser reconocido como un problema grave de salud pública y de tener políticas y planes estratégicos, pero la investigación y el número de profesionales especializados en salud mental que pueden tratarlo están creciendo. Desde los Servicios de Urgencias Hospitalarias también se desarrollaron protocolos de atención específicos para estas patologías.

La estabilización del cuadro orgánico del paciente, que incluye los tiempos correspondientes al control de los síntomas causados, por ejemplo, por intoxicación,

siempre debe anteponerse a la valoración psiquiátrica cuando un paciente con diagnóstico de intento de suicidio ingresa en urgencias o abstinencia, que requiere atención médica de emergencia.

Es importante distinguir entre los pacientes que tienen ideación y antecedentes de enfermedad mental, los que tienen antecedentes de consumo de drogas y los que se encuentran en situaciones de crisis, ya que la primera situación requiere derivación a psiquiatría y la segunda no.

Para una reevaluación posterior se debe resolver el cuadro de ideación suicida.

Si se determina que la persona aún alberga pensamientos suicidas después de los efectos de dichas toxinas.

Desde un punto de vista integral, el personal de enfermería en psiquiatría son capaces de aplicar métodos y técnicas físicas y mentales a sus pacientes, formando parte de la colectividad médica de relevancia para el hospital, la clínica o el entorno particular.

5 Discusión-Conclusión

La ideación suicida es una de las emergencias psiquiátricas más comunes, pero los intentos de suicidio, cuando requieren atención médica, presentan un desafío para los servicios de salud pública porque, por definición, son atendidos por personal que no está especialmente capacitado en salud mental.

Desde la perspectiva del hospital, estos pacientes son ingresados y sometidos a una evaluación preliminar en el Servicio de Urgencias, donde la preparación de los profesionales en habilidades de salud mental es fundamental para el abordaje. En estas situaciones, donde se trabaja en colaboración con el Servicio de Salud Mental, la elaboración de protocolos de actuación es otro aspecto crucial.

6 Bibliografía

1. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

Capítulo 65

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA INFANTIL CON LA TERAPIA VOJTA

MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID

EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN

MARIA TERESA POBLETE MANZANARES

PILAR VERA MUÑOZ

RAQUEL BRAZAL ARAGON

1 Introducción

El método de diagnóstico y tratamiento Vojta fue descubierto e introducido por el neurólogo checo Vaclav Vojta entre 1950 y 1970.

Sus valoraciones a través de la motricidad espontánea, reacciones posturales y reflejos primitivos son una herramienta muy valiosa como diagnóstico precoz de alteraciones de la postura y del movimiento en lactantes.

Él decía que la evolución de la postura y del movimiento durante el primer año de vida, se encuentra de forma innata y genética en el cerebro. A partir de ahí, descubrió que se podía activar el sistema nervioso central (SNC) en niños con parálisis cerebral infantil (PCI) a través de determinadas posturas y estímulos de presión concretos. Gracias a ello, se producen una serie de respuestas motoras o patrones globales de movimiento de forma refleja. Estos patrones se dan en el tronco y las extremidades, con una coordinación muscular definida, siendo la misma que utiliza el niño sano en su primer año de desarrollo. Por esto se le

conoce como “terapia de locomoción refleja”, ya que se activa el ajuste postural, el enderezamiento y la locomoción (volteo, reptación, gateo y marcha).

De esta forma, podemos conseguir de manera automática que se activen patrones motores que están latentes, en personas con patologías del SNC o con alteraciones del aparato locomotor.

Los principios de la locomoción del ser humano son:

- *Control postural.

- *Desplazamiento del centro de gravedad y enderezamiento.

- *Equilibrio.

- *Movilidad.

Por tanto, el objetivo de la terapia es activar estos patrones de movimiento fisiológicos y mantenerlos en el tiempo, de modo que vayan desapareciendo los patrones motores anormales y se consiga un mayor control de la movilidad voluntaria.

El tratamiento continuado con la terapia Vojta hará que estos patrones motores se vayan almacenando en el SNC, por lo que los resultados no sólo se verán en la sesión de fisioterapia, sino también a lo largo de la motricidad espontánea del niño.

Las contraindicaciones de la terapia Vojta son:

- *Procesos inflamatorios agudos con o sin fiebre.

- *Enfermedad cardíaca, osteogénesis imperfecta, etc.

- *Inoculación con vacunas vivas (descansar entre 5 y 10 días tras la vacunación).

- *Tumores.

- *Embarazo.

- *Malestar del paciente por alguna otra enfermedad: adaptar el tratamiento según tolerancia.

2 Objetivos

- 1) Dar a conocer qué es la terapia Vojta o terapia de locomoción refleja.
- 2) Saber en qué consiste el tratamiento con la terapia Vojta.
- 3) Explicar los patrones motores, o complejos de coordinación de la locomoción refleja, que trabaja Vojta y sus fases.
- 4) Mencionar los beneficios de la terapia Vojta.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado un estudio de la literatura existente sobre la terapia Vojta: qué es, en qué consiste, las diferentes etapas del tratamiento y sus beneficios. 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. Las palabras clave utilizadas han sido: fisioterapia, terapia Vojta, método Vojta, locomoción refleja, PCI y pediatría.

4 Resultados

Los dos patrones motores (o complejos de coordinación de locomoción refleja) que trabaja la terapia son la reptación refleja y el volteo reflejo. Estos patrones se activan colocando al niño en una posición de partida concreta, estimulando las diferentes zonas descritas por Vojta (es importante la dirección de la presión ejercida y la intensidad de la misma) y ejerciendo el terapeuta una resistencia al movimiento reflejo que realice el paciente.

Existen zonas de estimulación principales, en las extremidades, y secundarias, en el tronco y cinturas escapular y pélvica.

REPTACIÓN REFLEJA:

Se parte del decúbito ventral, con la cabeza apoyada en el plano y la rotada hacia un lado. El brazo facial (el del lado hacia donde mira el niño) flexionado, y el brazo nuchal extendido a lo largo del cuerpo. Los miembros inferiores (mmii) están flexionados y en rotación externa. Después de seleccionar las zonas a estimular, el fisioterapeuta opondrá resistencia al giro de la cabeza, lo que hará que se realice una extensión de la columna vertebral. Por otro lado, se producirá un movimiento libre de las extremidades de forma cruzada y coordinada.

Zonas de estímulo:

* Lado facial: epicóndilo medio del húmero (dirección hacia dorsal, medial y caudal), ángulo medial de la escápula (lateral, craneal y dorsal), espina iliaca antero-superior (dorsal, caudal y medial) y epicóndilo medial del fémur (dorsal, medial y craneal).

* Lado nuchal: borde ventral del acromion (dorsal, medial y caudal), debajo del ángulo de la escápula (ventral, medial y craneal), apófisis estiloides del radio (dorsal, craneal y lateral), aponeurosis del glúteo medio (ventral, medial y craneal), tuberosidad lateral del calcáneo (ventral, craneal y lateral).

VOLTEO REFLEJO:

El volteo reflejo trabaja el proceso de locomoción que va desde el decúbito dorsal hacia el decúbito lateral y después al gateo.

1) Primera fase del volteo reflejo:

Se parte del decúbito dorsal, con los brazos y las piernas extendidas y la cabeza girada. La zona de estimulación es el pectoral del lado facial, en el espacio intercostal de la 7ª-8ª costilla. Se resiste igualmente al giro de la cabeza y se produce el volteo, quedándose en decúbito lateral. Se produce:

- * Activación de la respiración abdominal e intercostal.
- * Movimientos de deglución.
- * Movimientos laterales de los ojos.
- * Extensión de la columna vertebral.
- * Movimiento de mmss para su posterior apoyo.
- * Flexión y elevación de mmii.
- * Apertura de manos y dedos.

Zonas de estímulo:

- * Lado facial: pectoral entre en el espacio intercostal de la 7ª y 8ª costilla (dorsal, medial y craneal).

2) Segunda fase del volteo reflejo:

Se parte del decúbito lateral y termina en gateo si no lo paramos. Se produce:

- * Extensión del tronco.
- * Apoyo del hombro y mano del lado de abajo.
- * Apoyo de la hemipelvis y pierna del lado de abajo.
- * Movimientos opuestos de flexión y extensión entre las extremidades de abajo y arriba.
- * Enderezamiento lateral de la cabeza, en contra de la gravedad.

Zonas de estímulo:

- * Lado de arriba: Borde medial de la escápula (lateral, craneal y ventral), borde ventral del acromion (dorsal, caudal y medial), espina iliaca antero-superior (dorsal, caudal y medial), glúteo medio (ventral, medial y craneal), epicóndilo medial del fémur (lateral, hacia la aducción y hacia la cadera), 1cm proximal a la apófisis estiloides del radio (dorsal, hacia el hombro).
- * Lado de abajo: epicóndilo medial del húmero (medial, hacia el hombro), tuberosidad externa del calcáneo (proximal)

BENEFICIOS DE LA TERAPIA VOJTA:

- * Alineación de la cabeza y columna.
- * Colocación correcta de las articulaciones.
- * Activación de la musculatura y su correcta funcionalidad.

- * Mejora del patrón respiratorio: mejora de la función abdominal y movilidad de la caja torácica.
- * Regulación del sistema vegetativo.
- * Mejora de la función orofacial: succión, masticación, deglución y habla.
- * Mejora de la motricidad fina.
- * Mejora de la motricidad ocular.
- * Mejora de las funciones vesicales e intestinales.
- * Mejora del equilibrio.
- * Mejora de la orientación espacial.
- * Aumento de la relajación y conexión con el entorno.

PATOLOGÍAS QUE SE PUEDEN BENEFICIAR DE LA TERAPIA VOJTA:

- * Patologías del SNC: PCI, ataxia, esclerosis múltiple, ACV, etc.
- * Lesiones del SNP: parálisis, lesión medular, etc.
- * Alteraciones ortopédicas o traumatológicas.
- * Patologías de la columna vertebral: escoliosis, etc.
- * Patologías orofaciales: succión, masticación, deglución y lenguaje.
- * Alteraciones en la función respiratoria o en el patrón respiratorio.

La terapia se aplicará durante 5-20 minutos, unas 4 veces al día, con la precisión que requiere, tanto en las posturas iniciales, como puntos de estímulo e intensidad de presión en los mismos. Es muy importante instruir a los padres en la correcta realización de la terapia para que la realicen a sus hijos en casa.

5 Discusión-Conclusión

Con el diagnóstico precoz de Vojta se permite detectar de forma temprana, (en los 6 primeros meses de vida) alteraciones del desarrollo psicomotor, por lo que es posible comenzar de forma temprana el tratamiento para impedir la aparición de patrones motores incorrectos, ya que se trabaja directamente sobre el SNC y el esquema corporal.

La terapia Vojta ha demostrado claros beneficios en alteraciones del SNC, retraso psicomotor, trastornos neuromusculares, alteraciones ortopédicas, etc.

El fisioterapeuta estudiará de manera individualizada la postura y zonas de estímulo específicas para cada niño e instruirá en la terapia a los padres para que la realicen varias veces al día en casa para, a lo largo del tiempo, ir espaciando la frecuencia de las sesiones.

Los resultados serán mejores cuanto más pequeño sea el niño, más frecuentes sean las sesiones y más se alarguen en el tiempo.

6 Bibliografía

- 1) "Terapia Vojta, desarrollo psicológico y apego infantil en poblaciones de riesgo biológico". M^aT.Martínez-Fuentes, J.Pérez-López y otros. Acción psicológica. Julio 2011, vol. 8, n° 2, 87-97. ISSN: 1578-908X.
- 2) "Aplicaciones de la terapia Vojta en la población pediátrica. Revisión bibliográfica". Elena Calvo Simón, Pablo Cruz Forcada, Juan Carlos Arinas Salazar, Gonzalo Laborda Lalaguna, Elena Pardo Monesma, Iñigo Maqueda Aristi. Revista sanitaria de investigación ISSN: 2660-7085.
- 3) "Descripción de las cadenas cinéticas de la reptación refleja de Vojta en adultos mediante análisis electromiográfico". Trabajo fin de grado. Juan Luis Sánchez González, José Ignacio Calvo Arenillas. Universidad de Salamanca. Junio de 2016.
- 4) "La Locomoción Refleja de Vojta: una revisión bibliográfica". Trabajo fin de grado. M^a del Pilar Cotelo Rey, Mónica Menéndez Pardiñas. Universidad de La Coruña. Junio de 2019

Capítulo 66

BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON PARKINSON

MARIA TERESA POBLETE MANZANARES

PILAR VERA MUÑOZ

RAQUEL BRAZAL ARAGON

EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN

MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurológico neurodegenerativo el cual produce una variedad de síntomas en el paciente como pueden ser: temblor en reposo, rigidez, bradicinesia, inestabilidad postural, patrón de marcha alterado (1). Esta patología produce una gran incapacidad en las actividades de la vida diaria conforme avanza y evoluciona la enfermedad (2). La tasa de incidencia de la enfermedad de Parkinson en personas mayores es de 60 años es de aproximadamente un 1% en países desarrollados (3).

Aunque la farmacoterapia alivia los síntomas, con la progresión de la enfermedad el tratamiento cada vez va perdiendo eficacia (4). Además, el uso de la medicación farmacológico puede aumentar el riesgo complicaciones motoras. La fisioterapia ha mostrado beneficios a corto plazo en los síntomas motores y en las actividades

funcionales de la vida diaria (5). La fisioterapia abarca multitud de técnicas entre ellas: ejercicio terapéutico (fuerza y resistencia), danza marcha rodante, técnicas neurológicas, hidroterapia, trabajo de equilibrio, trabajo de marcha. Además, se ha incorporado tecnología de realidad virtual para tratar el equilibrio y el trabajo motor. Técnicas de estimulación no invasiva también se han incorporado al tratamiento de fisioterapia en los últimos años.

Son múltiples los estudios que existen sobre las diferentes técnicas de fisioterapia y sus efectos en los pacientes. Nuestro objetivo era encontrar esos beneficios y las diferentes bases de datos y mostrar su utilidad en la clínica diaria.

2 Objetivos

El objetivo de nuestra revisión bibliográfica es mostrar los beneficios de las diferentes técnicas de fisioterapia con evidencia mínimamente moderada o alta en la sintomatología de pacientes con enfermedad de Parkinson.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos (Pubmed, Pedro, y Google académico). En las que se utilizaron las palabras clave ("physiotherapy" and "Parkinson"). Se filtro el tipo de búsqueda en artículos que cumplieren los requisitos de revisiones sistemáticas con metaanálisis. Además, se realizó la búsqueda filtrando en numero de años que no excedieran de 5 de antigüedad.

Se buscaron revisiones sistemáticas con metaanálisis que analizaran el beneficio de las diferentes técnicas de fisioterapia en pacientes con Parkinson. Se obtuvieron 50 resultados entre todas las bases de datos consultadas. De ellos se eliminaron 15 por incluir tratamiento farmacológico en vez del tratamiento conservador. De las 35 revisiones sistemáticas restantes se realizó una lectura en profundidad para sacar las diferentes técnicas y sus posibles beneficios o efectos adversos en la enfermedad de Parkinson. Finalmente 7 revisiones sistemáticas fueron seleccionadas para obtener los resultados finales del estudio.

4 Resultados

El artículo analizado "Effectiveness of Physiotherapy on Freezing of Gait in Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analyses" generaliza sobre el tratamiento de fisioterapia y hace un análisis del tratamiento global de

fisioterapia en Parkinson donde muestra que el tratamiento fisioterapia es un tratamiento efectivo para mejorar la marcha y el equilibrio a corto plazo. La revisión sistemática “Physiotherapy for freezing of gait in Parkinson’s disease: a systematic review and meta-analysis” expone evidencia leve sobre la mejora de la marcha en pacientes con Parkinson’s añadiendo señales visuales o auditivas. El siguiente artículo “Effectiveness of long-Term Physiotherapy in Parkinson’s Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis” también analiza el enfoque general del tratamiento de fisioterapia a largo plazo. Donde se observa una evidencia moderada en la mejora de las actividades de la vida diaria, y aumento de la mejora motor.

Los artículos analizados sobre el uso de tecnología como la realidad virtual se indica en “Effect of home-based virtual reality training and telerehabilitation on balance in individuals with Parkinson disease, multiple sclerosis, and stroke: a systematic review and meta-analysis” muestran una mejora significativa en el equilibrio, aunque no difiere de la terapia convencional sin realidad virtual. En el artículo “The role of virtual reality on outcomes in Rehabilitation of Parkinson’s disease: meta-analysis and systematic review in 1031 participants” muestran estadística significativa en la mejora del funcionamiento motor, el equilibrio y la coordinación, la función cognitiva y la calidad de vida.

En cuanto a las técnicas basadas en hidroterapia “Is Aquatic Therapy Optimally Prescribed for Parkinson’s Disease A Systematic Review and Meta-Analysis.” se muestran los beneficios en la mejora del equilibrio, la marcha a corto plazo y en las primeras fases de la enfermedad. Mientras que en la revisión con metaanálisis “Effect of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Gait and Freezing of gait in Parkinson Disease: A Systematic Review and Meta-analysis” obtenemos mejora de la marcha, mejora en la amplitud de paso, mayor movilidad y mayor independencia para las actividades de la vida diaria tras el tratamiento con estimulación magnética transcraneal.

5 Discusión-Conclusión

Tras la búsqueda bibliográfica, análisis y estudio de los diferentes estudios encontrados, podemos indicar con una evidencia moderada que el tratamiento de fisioterapia para mejorar síntomas de la enfermedad neurodegenerativa de Parkinson a corto plazo es efectivo. Mejora del equilibrio, de la independencia en las actividades de la vida diaria, capacidad motora.

Debido al gran número de técnicas empleadas y la gran diversidad que existe en la literatura científica necesitamos estudios más uniformes para comprobar el

efecto de cada tratamiento de manera más específica.

Comprobar en futuros estudios de manera más individualizada como actúa cada técnica en las diferentes fases de la enfermedad. Así como muestras y revisiones sistemáticas más centradas en muestra homogénea y tratamiento.

6 Bibliografía

1. Bartels AL, Leenders KL. Parkinson's disease: the syndrome, the pathogenesis and pathophysiology. *Cortex*. 2009;45:915-921. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list].
2. [1] Reinoso G, Allen JC Jr, Au WL, Seah SH, Tay KY, Tan LC (2015) Clinical evolution of Parkinson's disease and prognostic factors affecting motor progression: 9-year follow-up study. *Eur J Neurol* 22, 457–463.
3. Yi Chen and others, Effect of Virtual Reality on Balance in Individuals With Parkinson Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials, *Physical Therapy*, Volume 100, Issue 6, June 2020, Pages 933–945, <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa042>.
4. Ahlskog JE, Uitti RJ (2010) Rasagiline, Parkinson neuroprotection, and delayed-start trials: Still no satisfaction? *Neurology* 74, 1143–1148.
5. Radder DLM, Lígia Silva de Lima A, Domingos J, Keus SHJ, van Nimwegen M, Bloem BR, de Vries NM (2020) Physiotherapy in Parkinson's disease: A meta-analysis of present treatment modalities. *Neurorehabil Neural Repair* 34, 871–880. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Capítulo 67

COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DE MEDICACIÓN INTRAMUSCULAR

MARTA ESCRIBANO RUEDA

SILVIA RASINES AGUILAR

MAIRA MARTÍN RODRÍGUEZ

CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ

MARÍA DE LA CRUZ VIDAL ÁVILA

1 Introducción

La medicación intramuscular (IM) es una forma de administrar medicamentos que involucra la inyección de una sustancia farmacológica en el tejido muscular a través de una aguja y una jeringa. Este método se utiliza para lograr una absorción gradual y sostenida de la medicación en el torrente sanguíneo, lo que puede ser útil en situaciones en las que la administración oral no es efectiva o en casos donde se requiere una respuesta más rápida que la administración oral.

La elección del músculo para la inyección depende del medicamento y de la edad y condición del paciente. Los sitios comunes para la administración IM incluyen el deltoides (en el brazo), el vasto lateral (en el muslo) y el glúteo mayor (en la nalga). El profesional de la salud debe seleccionar el sitio apropiado y seguir protocolos asépticos para minimizar el riesgo de infección.

La medicación IM puede utilizarse para administrar una variedad de medicamentos, desde antibióticos hasta vacunas y analgésicos. A menudo, se utiliza cuando se necesita una respuesta rápida, como en el caso de una epinefrina para tratar una reacción alérgica grave.

La medicación intramuscular es un método de administración de medicamentos que implica la inyección de una sustancia farmacológica en el tejido muscular. Este enfoque permite una absorción efectiva de medicamentos y se utiliza en una variedad de situaciones clínicas para lograr resultados terapéuticos óptimos

2 Objetivos

-Informar sobre el cometido del enfermero ante la administración de medicación intramuscular.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del enfermero en la administración de medicación intramuscular (IM) son fundamentales para garantizar la seguridad y la efectividad del tratamiento. A continuación, se detallan estas funciones en profundidad:

Evaluación del paciente: Antes de administrar cualquier medicamento IM, el enfermero debe realizar una evaluación completa del paciente. Esto incluye revisar su historial médico, alergias y condiciones preexistentes que puedan afectar la elección del medicamento o el sitio de administración. También se debe verificar la prescripción médica para asegurarse de que sea correcta y esté actualizada.

Selección del sitio de inyección: El enfermero debe elegir el sitio de inyección IM adecuado, considerando factores como la edad del paciente y el tipo de medicamento. Los sitios comunes incluyen el deltoides, el vasto lateral y el glúteo mayor. La elección precisa del sitio es crucial para garantizar una absorción eficaz.

Preparación de la medicación: El enfermero es responsable de preparar la medicación IM de acuerdo con la prescripción médica y los procedimientos establecidos. Esto incluye calcular la dosis correcta, verificar la compatibilidad de los medicamentos y preparar la jeringa y la aguja de manera estéril.

Técnica de administración: Durante la administración IM, el enfermero debe seguir una técnica aséptica para minimizar el riesgo de infección. Esto implica limpiar la piel en el sitio de la inyección y usar una técnica de punción rápida y segura para minimizar el dolor y el daño tisular.

Monitorización y seguridad: Después de la administración, el enfermero debe monitorear al paciente para detectar posibles reacciones adversas, como alergias o efectos secundarios. También es esencial descartar la posibilidad de extravasación, donde el medicamento se inyecta fuera del tejido muscular, lo que puede causar daño.

Educación al paciente: El enfermero debe proporcionar al paciente información completa sobre el medicamento administrado, incluyendo posibles efectos secundarios y recomendaciones sobre cómo manejarlos. Esto empodera al paciente y promueve la adherencia al tratamiento.

Documentación precisa: Cada administración IM debe registrarse detalladamente, incluyendo la fecha, la hora, la dosis, el sitio de administración y cualquier observación relevante. La documentación precisa es esencial para el seguimiento del tratamiento y la comunicación con otros profesionales de la salud.

El enfermero desempeña un papel fundamental en la administración segura y efectiva de medicación intramuscular. Su evaluación precisa, preparación cuidadosa, técnica de administración experta y seguimiento posterior son esenciales para garantizar la seguridad y la eficacia del tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación crucial para una buena administración de medicación intramuscular (IM) es la capacitación continua y la actualización constante de las habilidades del personal de enfermería en esta técnica. Los profesionales de la salud deben estar al tanto de las últimas pautas y mejores prácticas en la administración de medicamentos IM para garantizar la seguridad y la efectividad.

Además, es esencial fomentar una comunicación abierta y efectiva con el pa-

ciente. Antes de administrar la inyección IM, el enfermero debe explicar claramente el procedimiento al paciente, responder a sus preguntas y obtener su consentimiento informado. Esto contribuye a una mayor confianza y colaboración en el proceso de tratamiento.

La capacitación continua y la comunicación paciente-enfermero son pilares fundamentales para una administración efectiva y segura de medicación intramuscular. Estas prácticas garantizan que se sigan las pautas actuales y se involucre activamente al paciente en su propio cuidado, mejorando así los resultados terapéuticos y la experiencia del paciente.

6 Bibliografía

1. 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 68

COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DE MEDICACIÓN INTRAVENOSA

MARTA ESCRIBANO RUEDA

SILVIA RASINES AGUILAR

MAIRA MARTÍN RODRÍGUEZ

CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ

MARÍA DE LA CRUZ VIDAL ÁVILA

1 Introducción

La medicación intravenosa (IV) es un método de administración de medicamentos que implica la entrega directa de una sustancia farmacológica en el torrente sanguíneo a través de una vena. Este enfoque es ampliamente utilizado en entornos clínicos y hospitalarios debido a su capacidad para lograr una acción rápida y efectiva de los medicamentos.

Para administrar medicación intravenosa, se utiliza una aguja o un catéter para acceder a una vena. La medicación se administra en forma de un bolo (una cantidad única rápida) o a través de una infusión continua, donde se ajusta la velocidad de administración según la necesidad del paciente. La IV es particularmente valiosa en situaciones de emergencia, como reacciones alérgicas graves,

deshidratación aguda o administración de medicamentos que requieren una respuesta inmediata.

Sin embargo, la administración intravenosa no está exenta de riesgos. Requiere un manejo cuidadoso para prevenir infecciones, flebitis o la extravasación accidental de medicamentos fuera de la vena, lo que puede causar daño tisular. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben recibir capacitación adecuada y seguir protocolos estrictos para garantizar la seguridad del paciente.

En resumen, la medicación intravenosa es una forma eficaz y rápida de administrar medicamentos, especialmente en situaciones críticas. Aunque conlleva riesgos, su uso apropiado bajo supervisión y capacitación adecuada de profesionales de la salud puede mejorar significativamente la atención médica y la recuperación de los pacientes.

2 Objetivos

- Informar sobre el cometido del enfermero en la administración de medicación intravenosa.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del enfermero en la preparación y administración de medicación intravenosa (IV) son críticas para garantizar la seguridad y la efectividad de este proceso. A continuación, se describen estas funciones en detalle:

Evaluación del paciente: Antes de administrar cualquier medicación IV, 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 sea un candidato adecuado para la administración IV.

Preparación segura de la medicación: El enfermero es responsable de preparar la medicación IV de acuerdo con la prescripción médica y los estándares de seguridad establecidos. Esto implica verificar la compatibilidad de los medicamentos, calcular la dosis correcta y diluirlos si es necesario. La preparación precisa es esencial para evitar errores.

Acceso venoso: El enfermero debe seleccionar la vena adecuada para la administración IV, utilizando técnicas asépticas para evitar infecciones. La elección de la vena depende de factores como la edad del paciente, la duración del tratamiento y la naturaleza de la medicación.

Administración adecuada: Durante la administración, el enfermero debe controlar cuidadosamente la velocidad de infusión y la respuesta del paciente. Asegurarse de que el medicamento se administre a la velocidad correcta es esencial para evitar efectos secundarios y garantizar que el tratamiento sea efectivo.

Monitorización continua: Después de la administración, el enfermero debe monitorear al paciente para detectar posibles reacciones adversas, como alergias, extravasación o cambios en los signos vitales. Esto requiere una atención constante para detectar y responder a cualquier problema de manera oportuna.

Documentación precisa: El enfermero debe llevar un registro preciso de la administración IV, 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.

Educación al paciente: Además de administrar la medicación, el enfermero debe educar al paciente sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y los posibles efectos secundarios. Esto empodera al paciente y fomenta su participación activa en su atención.

El enfermero desempeña un papel crucial en la preparación y administración segura de la medicación intravenosa. Su evaluación precisa, preparación adecuada, acceso venoso experto y monitorización continua son esenciales para garantizar la seguridad y la efectividad de este proceso fundamental en la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación esencial del enfermero para garantizar una óptima administración y preparación de medicación intravenosa (IV) es la adherencia rigurosa a los protocolos de seguridad y las buenas prácticas de enfermería. Esto implica una doble verificación de la medicación, la dosis y la vía de administración, asegurándose de que coincidan con la prescripción médica. La preparación debe realizarse en un entorno limpio y estéril, siguiendo las pautas de higiene adecuadas para prevenir infecciones. Además, es crucial verificar la compatibilidad de los medicamentos, especialmente cuando se administran múltiples medicamentos a través de la misma vía.

Otra recomendación importante es la comunicación efectiva con el paciente. El enfermero debe proporcionar una explicación clara al paciente sobre el medicamento que se va a administrar, sus posibles efectos secundarios y cualquier acción que deba tomar después de la infusión. Fomentar preguntas y la participación activa del paciente en su propio cuidado contribuye a una administración segura. En resumen, la rigurosidad en la preparación, la comunicación clara y el apego a los estándares de seguridad son pilares fundamentales para garantizar una administración y preparación de medicación IV efectiva y segura.

6 Bibliografía

1. 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 69

COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DE ESTUPEFACIENTES

MARTA ESCRIBANO RUEDA

SILVIA RASINES AGUILAR

MAIRA MARTÍN RODRÍGUEZ

CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ

MARÍA DE LA CRUZ VIDAL ÁVILA

1 Introducción

Los estupefacientes son sustancias químicas, naturales o sintéticas, que tienen la capacidad de deprimir el sistema nervioso central y causar efectos analgésicos, sedantes y, en muchos casos, adictivos. Estas sustancias pueden ser de origen vegetal, como el opio derivado de la adormidera, o sintéticas, como varios tipos de opioides producidos en laboratorios.

El término "estupefacientes" se utiliza principalmente en el contexto de la regulación legal y médica de ciertas sustancias debido a su potencial para el abuso y la dependencia. La mayoría de los países tienen leyes y regulaciones que controlan estrictamente la producción, distribución y uso de estupefacientes para prevenir su abuso y el tráfico ilegal.

Los estupefacientes se utilizan en medicina con fines terapéuticos, especialmente para aliviar el dolor y reducir la ansiedad en pacientes. Sin embargo, debido a su

potencial adictivo, se administran bajo supervisión médica y se controla rigurosamente su prescripción y dispensación.

El abuso de estupefacientes puede tener graves consecuencias para la salud, incluyendo la adicción, sobredosis y efectos secundarios negativos. Por esta razón, es crucial que la regulación y el control de estas sustancias sean efectivos para garantizar su uso médico legítimo y prevenir su abuso ilegal.

Los estupefacientes son sustancias con propiedades analgésicas y sedantes que pueden tener efectos adictivos y que están reguladas para su uso en medicina con el objetivo de prevenir su abuso y tráfico ilegal. Su definición y regulación varían según el país y las leyes locales.

2 Objetivos

- Informar sobre el cometido del enfermero en la administración de estupefacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

La preparación y administración de estupefacientes es una responsabilidad crítica para los enfermeros, y se lleva a cabo con una serie de funciones fundamentales para garantizar la seguridad y el uso apropiado de estas sustancias controladas. A continuación, se describen estas funciones en detalle:

Evaluación del paciente: Antes de administrar un estupefaciente, el enfermero debe realizar una evaluación exhaustiva del paciente. Esto incluye revisar su historial médico, alergias, condiciones médicas preexistentes y cualquier medicación actual. Esta evaluación es fundamental para determinar la necesidad y la seguridad de administrar un estupefaciente.

Prescripción médica: Los enfermeros deben administrar estupefacientes solo con una prescripción médica válida y actualizada. Es esencial verificar que la prescripción sea legítima y que el paciente esté autorizado a recibir el medicamento. Esto ayuda a prevenir el uso indebido y garantiza la legalidad de la administración.

Preparación adecuada: La preparación de estupefacientes debe realizarse de acuerdo con las normas de seguridad y las pautas establecidas. Esto incluye calcular y medir la dosis exacta, utilizar técnicas asépticas y preparar la medicación en un entorno adecuado para minimizar el riesgo de contaminación o errores.

Identificación del paciente: Antes de administrar cualquier medicamento, el enfermero debe verificar la identidad del paciente utilizando dos identificadores distintos, como el nombre y la fecha de nacimiento. Esto ayuda a prevenir errores de administración.

Comunicación con el paciente: El enfermero debe explicar claramente al paciente el propósito de la medicación estupefaciente, los posibles efectos secundarios y la importancia de cumplir con las indicaciones médicas. Esto fomenta la colaboración y la comprensión del paciente.

Observación y seguimiento: Después de la administración, el enfermero debe monitorear al paciente de cerca para detectar posibles efectos secundarios, reacciones adversas o signos de abuso. La observación continua es esencial para garantizar la seguridad y la eficacia del tratamiento.

Registro y documentación: Cada administración de un estupefaciente debe registrarse detalladamente en el expediente médico del paciente. Esto incluye la fecha, la hora, la dosis, el sitio de administración y cualquier observación relevante. La documentación precisa es esencial para el seguimiento del tratamiento y la comunicación entre los miembros del equipo de atención médica.

El enfermero desempeña un papel esencial en la preparación y administración segura de estupefacientes. Su evaluación exhaustiva, cumplimiento de las prescripciones médicas, preparación adecuada, comunicación con el paciente y observación constante son fundamentales para garantizar la seguridad y la eficacia de este proceso. Además, el registro preciso y la documentación adecuada son esenciales para el seguimiento y la seguridad a largo plazo del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave para la preparación y administración segura de estupefacientes es la capacitación continua y la adhesión estricta a las pautas y protocolos establecidos. Los enfermeros deben participar en programas de formación actualizados que aborden las últimas prácticas y regulaciones relacionadas con la administración de estos medicamentos controlados. Mantenerse al día con las nuevas evidencias y las mejores prácticas contribuye a la seguridad del paciente y a la prevención de errores.

Además, la comunicación efectiva dentro del equipo de atención es esencial. Los enfermeros deben colaborar estrechamente con los médicos prescriptores y otros profesionales de la salud para garantizar que las prescripciones sean precisas y adecuadas. También es importante mantener una comunicación clara con el paciente, explicando de manera comprensible la medicación, sus efectos y posibles riesgos. Una buena comunicación fomenta la confianza y la colaboración, lo que es fundamental para un cuidado seguro y efectivo.

La capacitación continua y la comunicación efectiva son pilares esenciales para la preparación y administración segura de estupefacientes. Estas prácticas garantizan que se sigan las pautas actualizadas y se promueva la seguridad del paciente, mejorando así la calidad de la atención y la prevención de errores.

6 Bibliografía

1. 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 70

PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CON HERNIA DISCAL EN PLANTA DE NEUROCIRUGÍA

ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ

JUAN GARCÍA GALÁN

ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ

LAURA BALLESTEROS JEREZ

PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ

1 Introducción

Una hernia de disco tiene lugar cuando un disco intervertebral se desgasta al ser sometido a presión por las vértebras y provoca que una parte del núcleo de este disco se empuje hacia afuera, originando un desgarro del anillo del disco, siendo esta parte la más externa de este, pudiendo presionar raíces nerviosas, lo cual se manifestaría en el paciente con alguno o varios de los siguientes síntomas (1,2):

- Dolor en extremidades superiores (más común en hernia cervical)
- Dolor en extremidades inferiores (más común en hernia lumbar)
- Sensación de hormigueo y entumecimiento
- Debilidad

Lo más frecuente es que el disco herniado haya sido desgastado de forma natural y gradualmente debido al paso del tiempo, pero existen ciertos factores de riesgo

para sufrir esta patología, como el exceso de peso, el trabajo físico exigente, la genética, el consumo de tabaco o tener una vida sedentaria (2)

En cuanto al tratamiento, en los casos leves el paciente será tratado con analgesia, antiinflamatorios y sesiones de fisioterapia, pero en los casos más severos hay que recurrir a la cirugía (2)

En este caso, a la paciente se le ha realizado una artrodesis lumbar, que es una cirugía para fusionar 2 o más vertebras, quedando fijas estas y evitando así la compresión del canal medular (3)

2 Objetivos

- Analizar el caso y realizar una valoración a través de los patrones funcionales dictados por Marjory Gordon.

- Realizar un plan de cuidados en base a diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería (NANDA, NOC y NIC).

3 Caso clínico

En este caso tenemos a una paciente de 45 años de edad con hernias discales en L4-L5-S1 que tras dos laminectomías no refiere mejoría. Acude al hospital para una artrodesis lumbar programada. De base presenta Hipertensión Arterial (HTA) y alergia a medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE). En tratamiento para la depresión debido al tiempo que lleva encamada a causa del dolor.

Para realizar la valoración enfermera de este paciente, me he regido por los patrones funcionales de salud dictados por Marjory Gordon, los cuales me van a ayudar a la hora de mencionar los diagnósticos según la taxonomía NANDA (4) y desarrollar sus correspondientes NIC y NOC.

PLAN DE CUIDADOS

Patrón 1: Percepción – manejo de la salud.

Patrón no alterado. La 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 esta intervención quirúrgica, por lo tanto, colabora y tiene buena adherencia terapéutica. Va bien aseada y vestida a diario. Mantiene todas sus vacunas al día y no presenta hábito tabáquico ni enólico.

Patrón 2: Nutricional Metabólico.

Patrón en riesgo. Realizaba 3 comidas al día, manteniendo una dieta variada y bastante equilibrada, con consumo de 1 vaso y medio aproximadamente de agua al día.

Tiene la boca en buen estado, dentición íntegra sin dificultades para comer.

Obesidad grado I, ha cogido peso debido a su sedentarismo y encamación provocado por el dolor

Tras ingresar se encuentra en dieta líquida debido a la mala tolerancia de los alimentos a causa de las náuseas por el tratamiento con opioides

Mantiene un buen estado de la piel, con aspecto hidratado. A causa de la intervención presenta dos incisiones de aproximadamente 5 cm cada una en la zona lumbar.

Patrón 3: Eliminación.

Patrón no alterado. La paciente no tiene problemas de incontinencia ni usa ningún tipo de laxante.

Antes del ingreso realizaba micciones con color adecuado unas 6 veces al día y heces normales para la dieta que lleva.

Tras la intervención tiene los movimientos limitados, por lo que precisa una cuña para orinar en las primeras horas. Consigue realizar la primera micción tras la intervención correctamente.

Patrón 4: Actividad y ejercicio.

Patrón alterado. Actualmente, camina con cuidado sin realizar movimientos bruscos y presenta inestabilidad cuando está en bipedestación.

Antes de la agudización de su patología, trataba de ir al trabajo andando al menos 3 días a la semana, además de dedicar los sábados por la tarde a pasear.

A causa de la operación, la paciente deberá cuidar su higiene postural y privarse de algunas actividades como cargar peso o agacharse.

-Índice de Barthel antes de la patología:100 (siendo independiente en todos los ítems).

-Índice de Barthel antes y al día siguiente de la operación: 70; necesita ayuda para pasar del sillón a la cama, para usar el retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras y vestirse.

Patrón 5: Sueño y descanso.

Patrón alterado.

Tiene dificultades para conciliar el sueño debido al dolor, así como para mantenerlo.

Patrón 6: Cognitivo – perceptivo.

Patrón en riesgo. Es consciente de la realidad del presente, buena percepción sensorial, buena expresión del lenguaje.

La paciente expresa el dolor cuando lo presenta, pero presenta miedo debido a anteriores operaciones, las cuales han supuesto postoperatorios muy largos y dolorosos, sin mejorías en su salud.

Cuesta un poco convencerla para que comience a incorporarse tras la intervención debido a ese miedo al dolor.

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 de la 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. Como ya he mencionado antes, la paciente tiene miedo a realizar los primeros movimientos tras la intervención y también temor por las náuseas por experiencias anteriores, lo cual es una situación de estrés; siempre ha hecho frente a estos problemas y recibe apoyo familiar, sobre todo de su hija que la anima con sus palabras y no la retroalimenta con sus miedos anteriores, sino que la impulsa hacia la mejoría.

Patrón 11: Valores y creencias.

Patrón no alterado. Católica no practicante.

PLAN DE CUIDADOS

NANDA: 00085: Deterioro de la movilidad física relacionada con mareo y dolor.

-NOC: *Alcanzará los objetivos mutuamente definidos de aumento de movilidad.

*Verbalizará los temores y sentimientos de aumento de fuerza, motivación y capacidad para moverse.

-NIC: * Monitorizar y apuntar la capacidad del usuario para tolerar la actividad y el uso de las cuatro extremidades; controlar la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la presencia de náuseas.

* Antes de la actividad, evaluar la presencia y, si fuera posible, tratar el dolor.

NANDA 00132: Dolor agudo relacionado con intervención quirúrgica y manifestado por muecas y expresión verbal.

-NOC: *La paciente manifestará que el régimen de tratamiento del dolor lo alivia hasta niveles satisfactorios con efectos secundarios aceptables y manejables.

*El usuario describirá el método farmacológico que se puede usar para ayudarle a controlar el dolor.

-NIC: *Determinar si el usuario experimenta dolor en el momento de la entrevista inicial. Si así fuera, intervenir en ese momento para proporcionar alivio del dolor.

*Preguntar al usuario sobre el dolor a intervalos frecuentes, por lo general al tomarle las constantes vitales.

*Asumir que existe dolor y tratarlo adecuadamente.

*Prevenir el dolor cuando sea posible.

*Explicar al usuario el enfoque para el control del dolor que se ha prescrito, incluyendo terapias, administración de medicaciones, efectos secundarios y complicaciones.

*Planificar actividades de cuidado en los períodos de mayor confort, siempre que sea posible.

NANDA 00028: Riesgo de déficit volumen de líquidos relacionado con disminución de la ingesta y náuseas y manifestado por vómitos.

-NOC: *La paciente mantendrá normales la presión sanguínea, el pulso y la temperatura corporal

* La paciente explicará medidas que deben tomarse para tratar o impedir la pérdida del volumen de líquidos.

-NIC: *Buscar signos precoces de hipovolemia, incluyendo inquietud, debilidad, calambres musculares, cefaleas, incapacidad para concentrarse e hipotensión postural.

*Monitorizar la existencia de factores que provocan un déficit de volumen de líquidos, en este caso vómitos.

NANDA 00148: Temor relacionado con dolor.

-NOC: *Autocontrol del miedo

* Control de la ansiedad.

-NIC: *Apoyo emocional

*Educación sanitaria

*Potenciación de la seguridad.

NANDA 00095: Deterioro del sueño manifestado por dolor.

-NOC: * Descanso

-NIC: * Fomentar el sueño

*Educación sanitaria.

4 Discusión-Conclusión

En nuestro paciente hemos determinado el diagnóstico de deterioro de la movilidad a causa del dolor, porque creemos que la paciente puede ser capaz de mejorar en este aspecto con ayuda y confianza en el personal sanitario, puesto que se muestra colaboradora a pesar de sus temores y el dolor. Tras la intervención irá notando mejorías, además de que podrá aumentar su actividad física al realizar

ejercicios de rehabilitación en fisioterapia, lo cual le ayudará a fortalecer la musculatura, en especial la de la zona lumbar. No esperamos una mejora inmediata, pero sí ayudará a su calidad de vida.

En relación con el anterior diagnóstico está el temor, también a causa del dolor producido por su patología y por la propia intervención. Consideramos que es muy importante una buena adherencia al tratamiento farmacológico para no dar lugar a que la paciente sufra dolor o que al menos este sea en una intensidad lo más baja posible, para ello la paciente necesita seguir con precisión la frecuencia y la dosis de analgesia una vez se encuentre en su domicilio.

En cuanto al déficit de líquidos, esperamos que al disminuir el dolor y a su vez la analgesia con opioides sea retirada, además de una nueva adaptación del tratamiento, se puedan controlar los vómitos y mejorar así su situación.

Consideramos que con ayuda de sus familiares y del personal sanitario, la paciente podrá manejar el insomnio, reduciendo así la propia ansiedad que le retroalimenta cada día.

Esperemos con esto que su mejora en el postoperatorio sea lo más llevadera posible y sobre todo mejor que en las intervenciones que tuvo anteriormente para que ese temor y desconfianza ante cualquier intervención sanitaria consiga desaparecer o al menos disminuir.

5 Bibliografía

1. Hernia de disco: Medlineplus en español [Internet]. U.S. National Library of Medicine; [cited 2023 Sept 20]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/herniateddisk.html>.
2. Hernia de disco [Internet]. Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2022 [cited 2023 Sept 20]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/herniated-disk/symptoms-causes/syc-20354095>.
3. Artrodesis vertebral: Medlineplus Enciclopedia Médica [Internet]. U.S. National Library of Medicine; [cited 2023 Sept 20]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002968.htm>.
4. 4. Chozas JMV. Listado de diagnósticos Nanda actualizado 2021-2023 [Internet]. 2023 [cited 2023 Sept 20]. Available from: <https://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda/>.

Capítulo 71

FUNCIONES Y LA RELEVANCIA DE LA ENFERMERÍA EN LA SALUD AMBIENTAL

NOELIA RAMOS CAMINO

MARÍA GÓMEZ PULIDO

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO

1 Introducción

Con el informe en el año 1974 del ministro de Salud Canadiense Marc Lalonde, comenzó a darse importancia a diversos factores (determinantes) en la salud pública. Así, se determinó que, de mayor a menor influencia en la salud de las personas, estaban los estilos de vida, el medio ambiente, la calidad en la asistencia sanitaria y por último, la biología humana.

La concepción de que las enfermedades son una mera cuestión de factores biológicos o agentes infecciosos quedó así obsoleta para dar paso a un pensamiento mucho más global y dinámico entre salud-enfermedad. Surge también así la salud ambiental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud ambiental como “aquella disciplina que comprende los aspectos de la salud humana, incluida la

calidad de vida y el bienestar social, que son determinados por factores sociales y psico-sociales, ambientales, físicos, químicos y biológicos”.

Se estima que, con el crecimiento poblacional actual, en el año 2030 habrá alrededor 8.300 millones de personas, aumentando así en casi un tercio de la actual población mundial. Esto supondrá una demanda de alimentos de casi un 50% más de la que hay actualmente, un 30% más de demanda de agua y casi un 50% más de energía.

Además, se intensificarán fenómenos como:

- 1) el incremento de las migraciones humanas, sobre todo de las zonas rurales a las ciudades, produciéndose así un intercambio y globalización de organismos patógenos.
- 2) el hacinamiento humano: potenciando la probabilidad de transmisión de enfermedades infecciosas.
- 3) la aparición de vectores transmisores de enfermedades como el Zika, la Malaria o el Dengue.
- 4) la modificación de ambientes naturales, facilitándose así el contacto con organismos poco comunes (invasión de animales reservorios en ciudades. Con todo lo anterior, se amplía el campo de actuación de la enfermería, añadiendo más funciones en materia de salud ambiental de las que ya tenía, así como tomando un papel relevante en la educación para la salud en este campo.

2 Objetivos

Determinar las funciones que realiza la enfermera en materia de salud ambiental y conocer las funciones que son responsabilidad de los gobiernos en materia de salud ambiental, además de describir casos concretos de educación para la salud, llevados a cabo en este ámbito.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 búsqueda realizada nos enfocamos primero en encontrar qué factores son los que dañan la salud y están ligados al medio ambiente. Así, unificando dichos factores de los descritos en varios artículos, obtuvimos los siguientes determinantes para la salud ambiental (DetSA):

1. Agua para consumo humano: aguas superficiales, agua subterránea, calidad del agua.
2. Residuos líquidos: aguas residuales, excretas, agua de lluvia, efluentes industriales.
3. Recursos hídricos: cuencas y áreas de recolección, contaminación de masas de agua.
4. Desechos sólidos y suelo: desechos domésticos, desechos industriales, desechos agroindustriales, contaminación del suelo.
5. Sustancias alimenticias: alimentos, enfermedades producidas por alimentos, agentes biológicos dañinos en alimentos, otros agentes tóxicos en alimentos.
6. Ambiente de trabajo: entorno ocupacional, contaminación del lugar de trabajo.
7. Atmósfera: emisiones de vehículos particulares, emisiones de vehículos industriales, contaminación del aire.
8. Sustancias químicas y desechos peligrosos: sustancias químicas tóxicas, plaguicidas, desechos peligrosos, desechos con contaminación biológica.
9. Vectores: insectos y otros, zoonosis.
10. Radiación ionizante y no ionizante: desechos radiactivos, fuentes radiactivas industriales, campos electromagnético.
11. Ruido y vibraciones.
12. El planeta: capa de ozono, efecto invernadero, deforestación, desertización.
13. Desastres: emergencias antrópicas y emergencias naturales.

Dentro de la enfermería, es la rama comunitaria la que se hace cargo de la salud ambiental y de la educación para la salud.

En los últimos años se han creado en diversas partes del mundo y también de nuestro país, las llamadas Unidades de Salud Medioambiental (SMA) en la que enfermeras trabajan con otros profesionales sanitarios (médicos especialistas de cada área, biólogos, toxicólogos, etc.) y no sanitarios (ingenieros, químicos, ambientólogos, etc.). para identificar, evaluar, tratar y prevenir las enfermedades y los riesgos ambientales en las distintas etapas de la vida. Con ello, proporcionan asistencia, formación, educación, investigación clínica.

Como punto de partida para identificar los problemas de cada población en concreto, en algunas unidades se ha creado la denominada “hoja verde”. La consti-

tuyen una serie de ítems que nos informan sobre las exposiciones de riesgo a determinantes ambientales.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión en la práctica es la enfermería comunitaria la que lleva un peso mayoritario en este tema. A través de la educación para la salud, se puede mejorar el entorno y los hábitos nocivos. No obstante, es sobre todo responsabilidad de los gobiernos proporcionar las condiciones necesarias para que se den entornos seguros para que esos determinantes ambientales no influyan de manera negativa en la salud de las personas.

A partir de esta nueva percepción, las distintas disciplinas de salud, así como la enfermería, han ido incorporando actividades para mejorar los entornos, intentando prevenir así la aparición de factores de riesgo que puedan ser desencadenantes de enfermedades.

6 Bibliografía

1. Rengifo Cuéllar H. Conceptualización de la salud ambiental: teoría y práctica (parte 1). *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2008;25:403-9.
2. García-Ochoa R, Graizbord B. Caracterización espacial de la pobreza energética en México. Un análisis a escala subnacional. *Econ. Soc. Territ*. 2016;16:289-37.
3. Canals M, Cattán P. Zoología médica. Una visión de las especies potencialmente peligrosas desde la perspectiva de la biodiversidad. Generalidades y protozoos. (Editorial Universitaria Santiago de Chile, 2006).
4. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Nuestro planeta, nuestra salud. Informe de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la OMS. Washington, DC: OPS/OMS; 1993. (Publicación científica 544).
5. Naciones Unidas. Programa 21. Informe presentado en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, Río de Janeiro, junio de 1992.

Capítulo 72

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE MATERNIDAD

NOELIA RAMOS CAMINO

MARÍA GÓMEZ PULIDO

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO

1 Introducción

El embarazo es aquel proceso fisiológico de la mujer que va desde la concepción del feto hasta el momento en el que se produce el parto. Este proceso, en condiciones normales, dura entre 37 y 42 semanas, durante las cuales el feto va desarrollándose. El proceso se divide en tres trimestres:

- 1o trimestre, discurre entre la semana 1 y la 12. Durante estas semanas se produce la formación de los órganos y es el momento más peligroso del embarazo debido a que existe una probabilidad elevada de sufrir un aborto.
- 2o trimestre, discurre entre las semanas 13 y 28. Durante este periodo se forma el tejido muscular y óseo, además, se forma la piel.
- 3o trimestre, va desde la semana 29 hasta el término del embarazo (tiene lugar normalmente después de la semana 37 y no debería prolongarse más de las semanas 42 de gestación). Durante estas semanas termina de desarrollarse el bebé.

El equipo de enfermería junto con el equipo de ginecología y la matrona deben hacer un seguimiento exhaustivo de todo el proceso. Tras el parto, la mujer debe permanecer unos días ingresada en la unidad de maternidad para que tanto ella como su hijo reciban los cuidados oportunos.

2 Objetivos

Conocer y describir cuáles son las diferentes funciones que debe realizar el personal de enfermería en las unidades de hospitalización de maternidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las tareas realizadas por el personal de enfermería en las unidades de maternidad son muy diversas y psicológicamente enriquecedoras, ya que el trato a la mujer tanto durante el embarazo como en el postparto es ligeramente diferente al trato con otros pacientes ingresados por patologías diferentes. En algunos casos las mujeres se encuentran inseguras e indecisas y nosotros, el personal de enfermería, debemos de estar disponibles para resolver sus dudas y ayudarlas en la medida de lo posible.

Algunos de los cuidados que debemos ofrecer a estas mujeres son:

- El control de constantes.
- La vigilancia tanto de la altura como de la consistencia uterina.
- Valorar la progresión de la tolerancia a alimentos.
- Vigilar la ingesta de los líquidos necesarios y valorar las pérdidas.
- Fomentar la lactancia materna facilitando el inicio precoz, aunque siempre se debe respetar a aquellas mujeres que decidan dar a su bebé lactancia artificial.
- Fomentar el contacto piel con piel.

Cuando a la puérpera se le haya realizado una episiotomía (corte vaginal) durante el parto, se deberán realizar además los cuidados de la herida. Se realizará la

limpieza de la misma con agua y jabón, manteniéndola siempre limpia y seca.

En los partos vaginales o cesáreas de urgencia en las que se haya producido una dilatación previa, se recomienda la administración de Methergin intramuscular a la puérpera para reducir los riesgos de hemorragia y favorecer la vuelta del útero a su estado habitual.

Otra de las funciones principales del equipo de enfermería es fomentar el descanso materno.

En cuanto al recién nacido, durante su estancia hospitalaria debe realizarse el control de sus constantes vitales, debe realizarse el test Apgar, realizar una correcta identificación del recién nacido mediante una pulsera con sus datos, pesar y tallar al niño, realizar una profilaxis oftálmica aplicando eritromicina para evitar la conjuntivitis del neonato, realiza una profilaxis hemorrágica administrando vitamina K intramuscular. Además es importante mantener limpia y seca la zona del cordón umbilical.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión como personal enfermero y tal como hemos explicado y descrito en el anterior apartado del presente capítulo de resultados, el trabajo del personal de enfermería durante el parto y el puerperio es muy importante, debe garantizarse siempre el bienestar del paciente, la calidad de los cuidados y la seguridad de las personas atendidas.

Es importante individualizar los cuidados, revisando habitualmente los planes de cuidados y adaptándolos a la situación en la que se encuentra cada paciente.

En este servicio es especialmente importante la empatía y la comprensión con el paciente, ya que el postparto es un momento muy delicado para la madre a nivel emocional. Debemos priorizar siempre el bienestar de nuestros pacientes que en este caso son la madre y el niño.

6 Bibliografía

1. Vieira ES, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MMD, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018 Sep 6;26:e3035. doi: 10.1590/1518-8345.2110.3035. PMID: 30208158; PMCID: PMC6136553.
2. Navas Arrebola R, Peteiro Mahía L, Blanco López S, López Castiñeira N, Seoane Pillado T, Pertega Díaz S. Women's satisfaction with childbirth and postpartum

care and associated variables. *Rev Esc Enferm USP*. 2021 Jun 9;55:e03720. English, Spanish. doi: 10.1590/S1980-220X2020006603720. PMID: 34133650.

Capítulo 73

LA IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA EN EL MALTRATO A ANCIANOS

NOELIA RAMOS CAMINO

MARÍA GÓMEZ PULIDO

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO

1 Introducción

Actualmente el maltrato al anciano es un tema oculto, se disponen de pocos estudios, pero es fácil pensar que va en aumento. Se identifican menos casos de los que realmente existen por miedo, ya que reconocerlo les llevaría a un confinamiento en instituciones, represalias o por el simple hecho de no querer aceptar la realidad.

El motivo de la aparición de este maltrato se debe a los cambios sociales que se han ido produciendo a lo largo de los años. Hoy en día las familias son más reducidas, las mujeres que se encargaban principalmente de su cuidado, entran en el mundo laboral, se prioriza la productividad, el logro individual y el poder. Esto hace que el anciano dependiente e improductivo sea infravalorado e incluso llegue a suponer una carga para la familia.

En la Primera Conferencia de Consenso sobre el anciano maltratado en España en 1995, se definió el maltrato al anciano de la siguiente manera: “Cualquier acto

u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente”.

Las formas de maltrato que nos encontramos con más frecuencia son maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia física, maltrato emocional o abandono, abuso económico, abuso sexual, etc. Un adulto mayor que ha sufrido maltrato va a padecer de manera innecesaria pérdida de sus derechos humanos, lesiones físicas, un deterioro de la calidad de vida.

Este maltrato se puede realizar de manera consciente o inconscientemente. Muchas veces es llevado a cabo por familiares, pero de una manera no intencionada o por un desconocimiento de las consecuencias. Por lo tanto, genera un gran problema de salud social y pública.

2 Objetivos

- Conocer las posibles maneras de actuar en casos de maltrato al anciano desde el punto de vista de la enfermería.
- Poner de manifiesto la importancia de la actuación de enfermería en casos de maltrato al anciano y el papel fundamental que tiene este personal enfermero en dichos casos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 los profesionales de la enfermería no les resulta tan fácil saber si un anciano está siendo maltratado o no, ya que no disponen de las herramientas adecuadas para obtener esta información. Pero poseen las oportunidades necesarias para la detención del abuso, sobre todo en atención primaria.

Lo primero que se debe de hacer en la sospecha de un caso de abuso es realizar una valoración:

Esta valoración deberá de empezar por una entrevista clínica tanto al anciano, que a veces es difícil de mantener ya que estos son más susceptibles a tener enfermedades mentales, como al familiar o cuidador principal.

Esta se realizará de manera individual, con intimidad, apoyo, confianza y confidencialidad. También, debemos de visualizar la relación del anciano con su cuidador.

Se realizará una exploración física donde debemos de prestar atención a signos de negligencia o agresión física, como contusiones, úlceras sin curar o mal curadas, deshidratación en la piel, desnutrición. Demasiadas visitas a urgencias por diferentes motivos, varios cambios de médico de cabecera, caídas reticentes sin explicación, el nivel de sedación del paciente debido a una sobre ingesta de medicación, contradicciones entre el paciente y el cuidador, pérdida de peso, trastornos en el sueño.

Se pasará a una exploración psicológica y del estado emocional, para evaluar un bajo estado de ánimo, miedo, ansiedad, confusión, depresión y una valoración del riesgo autolítico.

Si la enfermera observa que no se están recibiendo los cuidados necesarios y sospecha de negligencia, se registrará en su historia clínica y si es posible se comentará con el paciente afectado, dándole la información necesaria y explicándole el método de actuación, se colaborará con su médico y se solicitará la cooperación del trabajador social.

En cuanto al cuidador principal se recomienda realizar una valoración mediante la escala de Zarit para valorar la sobrecarga del cuidador principal.

Intervenciones que se pueden realizar dirigidas al anciano:

- Puede acudir a centros de día
- Puede obtener atención a domicilio
- Tutela de los servicios sociales
- Facilitar los medios de atención clínica y facilitar la medicación
- Ajustar la vivienda a las necesidades del anciano.

Intervenciones dirigidas al cuidador o la persona que maltrata (orientadas a reducir el estrés del cuidador principal:

- Buscar la posibilidad de compartir los cuidados con diferentes integrantes de la familia o incluso un cambio de domicilio de algún miembro de la familia más capacitado.
- Ponerse en contacto con grupos de apoyo, asociaciones.
- Personas que acudan al domicilio de apoyo dando así periodos de descanso al

cuidador principal.

-Dar apoyo a partir de profesionales en atención primaria.

-Si hay un problema más grave detrás del cuidador como alcohol, drogas o un problema psiquiátrico, se tratará este y se facilitará apoyo.

-Se valorará a la familia al completo para asegurar los cuidados necesarios al paciente.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, tal como hemos visto en el anterior apartado del presente capítulo (resultados) el personal enfermero tiene una gran importancia, aunque como hemos descrito no le es fácil identificar el maltrato hacia ancianos por su cuidador y la única manera de obtener información o indicios de que el anciano/a está siendo maltratado es a través de, como hemos explicado anteriormente, mediante valoraciones en urgencias a través de entrevistas, exploraciones físicas, exploraciones psicológicas y emocionales y cuando esta sospecha de maltrato se confirma el personal enfermero en colaboración con el médico de cabecera y trabajador social ayudarán al anciano maltratado.

En nuestra opinión como enfermeros el realizar valoraciones y detecciones temprana desde urgencias de posibles casos de violencia hacia ancianos podemos conseguir que estos casos no aumenten su incidencia.

6 Bibliografía

1. Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). Aten Primaria. [Internet] 2006 [citado 11 de Mayo de 2020];37(1):56–9. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/81133600.pdf>.
2. Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. Gac Sanit. [Internet] 2007 [citado 11 de Mayo de 2020] ;21(3):235–41. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-9112007000300010&script=sci_arttext&lng=en.
3. Estrella González I. Sensibilización y detección [Internet]. Isciii.es.2015 [citado el 11 de mayo de 2021] ;26(3):79-83. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n3/02_originales_01.pdf.
4. Pellicer García B, Juárez Vela R, Delgado Sevilla D, Redondo Castán LC, Martínez Riera JR, Echaniz Serrano E. Actuación de enfermería ante el maltrato sobre la población anciana.

5. Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). *Aten Primaria*. [Internet] 2006 [citado 11 de Mayo de 2020];37(2):113–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7668827/pdf/main.pdf>.

Capítulo 74

PACIENTE CON ÚLCERA POR PRESIÓN. PLAN DE CUIDADOS

ELENA MOYA CRESPO

AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ

JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS

MARINA RODRIGUEZ LUNA

ANA DÍAZ CABALLERO

1 Introducción

Una úlcera por presión (UPP) es una lesión de continuidad de la piel y/o tejido subcutáneo que aparece sobre una prominencia ósea a causa de una presión o una presión combinada con roce.

Las UPP se clasifican según la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) en distintas categorías según los tejidos afectados.

- Categoría I: eritema no blanqueante. Aparece en la piel un eritema no blanqueante que se puede distinguir de la piel contigua. En esta área se refleja dolor y distinta temperatura en comparación con los demás tejidos.
- Categoría II: pérdida parcial del grosor de la piel. Al perderse la dermis se observa un lecho de la herida de color rojo-rosado, sin esfacelos. Es una úlcera brillante y superficial.

- Categoría III: pérdida total del grosor de la piel. El tejido se pierde completamente y se puede visualizar grasa subcutánea, así como esfacelos. Aún no se ve parte del tendón o hueso.
- Categoría IV: pérdida total del espesor de los tejidos: se exponen al exterior hueso, tendón o músculo. Puede incluir tunelizaciones o cavitaciones.

Entre los factores de riesgo para desarrollar UPP encontramos:

- Presión, roce o fricción.
- Escasa movilidad.
- Enfermedades crónicas.
- Postura.
- Edad
- Desnutrición
- Obesidad.
- Deshidratación, humedad de la piel.
- Temperatura corporal.

Existen escalas para valorar el riesgo de aparición de UPP como son:

- Escala de Norton
- Escala de Braden
- Escala NOVA 5

Además pueden presentar UPP aquellos pacientes que hayan sido sometidos a cirugías, que estén en unidades críticas, pacientes diabéticos o con lesiones vasculares.

Para prevenir las UPP es importante realizar cambios posturales, que el autocuidado y la nutrición sean correctos y, en ocasiones, utilizar colchones anti-escaras.

2 Objetivos

Un primer objetivo planteado es conocer brevemente qué son las úlceras por presión así como sus factores de riesgo. Además de saber elaborar planes de cuidado ante situaciones clínicas y llevar a cabo una planificación de cuidados para que la situación se resuelva correctamente.

3 Caso clínico

Mujer de 81 años que acude a consulta debido a un enrojecimiento seguido de una sensación de escozor en la zona del coxis. Afirma que sufrió una rotura de cadera por la cual tuvo que estar inmovilizada, guardando reposo desde entonces.

Antecedentes familiares: la madre, padeció cáncer de mama y falleció, y el padre padecía hipertensión y murió por cirrosis crónica. Su hermano padecía diabetes. Antecedentes personales: a los 13 años fue operada de apendicitis. Con 75 años sufrió un accidente y tuvo que ser operada de rodilla. Debido a esto, sufrió una caída que le provocó una primera rotura de cadera de la cual fue operada y a causa de esta operación, debido a falta de higiene y movimiento, le apareció una úlcera en la zona del coxis. Padece colesterol alto e hipertensión de las cuales no toma medidas para ello.

Alergias: No alergias a medicamentos conocidas (NAMC)

Hábitos: poca movilidad, dieta pobre, fumadora, y bebedora ocasional. El tiempo que le dedica al descanso es mínimo y por eso usa fármacos para dormir mejor. Toma medicación para depresión, hipertensión y colesterol.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

- PATRON 1: percepción o control de la salud. Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación y bienestar.

Esta alterado debido al consumo de drogas como el alcohol y el tabaco y falta de higiene.

- PATRON 2: nutrición-metabólico. Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Esta alterado debido a que sigue una dieta pobre.

- PATRON 3: eliminación. Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona

No esta alterado.

- PATRON 4: actividad y ejercicio. Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Esta alterado ya que su movilidad es reducida y es dependiente a la hora de realizar actividades de la vida cotidiana.

- PATRON 5: sueño y descanso. Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

Esta alterado ya que toma fármacos para conciliar el sueño y sufre depresión que altera su estado de ánimo.

- PATRON 6: cognitivo y perceptivo. Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

No esta alterado.

- PATRON 7: autoconcepto y autopercepción. Describe los patrones del autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Esta alterado debido a la depresión que sufre y a su situación actual.

- PATRON 8: rol y relaciones. Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones

Esta alterado debido a que carece de trabajo, y de relaciones interpersonales con su familia ya que la hija no muestra interés hacia ella.

- PATRON 9: sexualidad y reproducción. Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

No esta alterado.

- PATRON 10: adaptación y tolerancia al estrés. Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad manifestada en términos de tolerancia al estrés.

Esta alterado por el consumo de alcohol y los medicamentos.

- PATRON 11: valores y creencias. Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

No esta alterado.

DIAGNÓSTICO

PATRÓN 1. Percepción o control de la salud.

00193. Descuido personal.

Definición: constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.

Fórmula:

☒ Problema: descuido personal.

☒ Etiología: deterioro funcional.

☒ Signos y síntomas: higiene personal inadecuada.

Descuido personal relacionado con deterioro funcional y manifestado por higiene personal inadecuada.

PATRÓN 2. Nutrición-metabólico.

00002. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a la necesidad.

Definición: ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Fórmula:

☒ Problema: desequilibrio nutricional.

☒ Etiología: factores psicológicos.

☒ Signos y síntomas: falta de alimento.

Desequilibrio nutricional relacionado con factores psicológicos y manifestado por falta de alimento.

PATRON 4. Actividad y ejercicio

00085. Deterioro de la movilidad física.

Definición: limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Fórmula:

☒ Problema: deterioro de la movilidad física.

☒ Etiología: prescripción de restricción de movimiento.

☒ Signos y síntomas: limitación de la amplitud de movimientos.

Deterioro de la movilidad física relacionado con prescripción de restricción de movimiento y manifestado por limitación de la amplitud de movimientos.

PATRÓN 5. Sueño y descanso

00096. Deprivación del sueño

Definición: periodos de tiempo prolongados sin sueño.

Fórmula:

☒ Problema: deprivación del sueño.

☒ Etiología: uso prolongado de estimulantes farmacológicos o dietéticos.

☒ Signos y síntomas: disminución de la capacidad de funcionamiento.

Deprivación del sueño relacionado con el uso prolongado de estimulantes farmacológicos o dietéticos y manifestado por la disminución de la capacidad de funcionamiento.

PATRÓN 7. Autoconcepto y autopercepción

00120. Bajo autoestima situacional.

Definición: desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (sola y sin trabajo)

Fórmula:

☒ Problema: baja autoestima situacional.

☒ Etiología: deterioro funcional.

☒ Signos y síntomas: evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar la situación

Baja autoestima situacional relacionada con el deterioro funcional manifestado por ser incapaz de realizar una evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar la situación.

PATRÓN 8. Rol y relaciones

00052. Deterioro de la interacción social

Definición: cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.

Fórmula:

☒ Problema: deterioro de la interacción social

☒ Etiología: ausencia de personas significativas.

☒ Signos y síntomas: interacción disfuncional con los demás.

Deterioro de la interacción social relacionado con la ausencia de personas significativas manifestado por una interacción disfuncional con los demás.

PLANIFICACIÓN

Descuido personal relacionado con deterioro funcional y manifestado por higiene personal inadecuada.

0300. AUTOCUIDADOS: actividades de la vida diaria.

Definición: acciones personales para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

Intervenciones:

- 1801. Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.

Definición: ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

Actividades: o Facilitar que el paciente se bañe el mismo, según corresponda o Controlar la integridad cutánea del paciente. o Facilitar el mantenimiento de las rutinas del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de pre-sueño y objetos familiares, según corresponda.

0305. AUTOCUIDADOS: higiene.

Definición: Acciones personales para mantener la higiene corporal y un aspecto aseado independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

Intervenciones:

- 1610. Baño.

Definición: limpieza corporal con fines de relajación, limpieza y curación.

Actividades: o Ayudar con la ducha en silla, bañera, baño con paciente encamado, ducha de pie o baño de asiento, según corresponda o se desee. o Aplicar ungüento y crema hidratante en la zona de piel seca. o Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.

1009. ESTADO NUTRICIONAL: ingestión de nutrientes

Definición: ingestión de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

Intervenciones:

- 1100. Manejo de la nutrición.

Definición: proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.

Actividades: o Proporcionar la selección de alimentos mientras se orienta hacia opciones mas saludables, si es necesario. o Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad. o Monitorizar las tendencias de perdida y aumento de peso.

0208. MOVILIDAD

Definición: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

Intervenciones:

- 0840. Cambios de posición.

Definición: colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico.

Actividades: o Animar al paciente a participar en los cambios de posición, según corresponda. o Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso. o Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.

0003. Descanso

Definición: Grado y patrón de la disminución de la actividad para la recuperación mental y física

Intervenciones:

- 1850. Mejorar el sueño.

Definición: facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

Actividades: o Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón del sueño. o Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario. o Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.

1205. AUTOESTIMA.

Definición: juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

Intervenciones:

- 5100. Potenciación de la socialización.

Definición: facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.

Actividades: o Animar al paciente a desarrollar relaciones. o Proporcionar retroalimentación sobre el cuidado del aspecto personal y demás actividades. o Animar al paciente a cambiar de ambiente como a caminar o salir al cine.

4 Discusión-Conclusión

Hoy en día, las úlceras son una patología muy frecuente en nuestra sociedad, sobre todo en aquellas personas que padecen enfermedades crónicas (como la diabetes), que tienen movilidad reducida o que su piel se encuentra húmeda en muchas ocasiones. Con un estilo de vida adecuado podríamos prevenir la aparición de estas lesiones.

Cuando tenemos que tratar desde el punto de vista enfermero las úlceras, es muy efectivo realizar un plan de cuidados que nos ayude a tratar el problema desde varios ámbitos como puede ser nutricional, de higiene, postural o, incluso psicológico.

De esta manera podremos conseguir una pronta recuperación para el paciente con los cuidados específicos y necesarios de acuerdo a sus condiciones.

5 Bibliografía

1. Anaslema, F. M. (2021). ULCERA POR PRESIÓN: IDENTIFICACIÓN DEL GRADO Y TIPOS.: Unidad de cura avanzada del Hospital Abel Gilbert Pontón. REVISTA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, 2(1), Article 1. <https://doi.org/10.53591/revfcm.v2i1.1326>.
2. Vidal, P., & Sepúlveda, C. (2016). ÚLCERAS POR PRESIÓN/ PRESSURE SORES (p. Chapter 33).
3. Heather Herdman T, Kamitsuru S, Takáo Lopes C. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación. 2021-2022 NANDA. 12a edición. Elsevier; 2021.
4. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5a edición. Elsevier; 2014.
5. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6a edición. Elsevier; 2014.

Capítulo 75

ABORDAJE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS

ANA ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ

JULIA MARTÍN LUNA

1 Introducción

La obesidad infantil es un creciente y preocupante problema de salud pública que afecta a niños en todo el mundo. Este fenómeno se ha convertido en una epidemia global, con consecuencias significativas para la salud y el bienestar de los niños y adolescentes.

Los profesionales de enfermería educan a los pacientes a conseguir diferentes estilos de vida saludable.

La obesidad infantil, sus causas, factores de riesgo y sus efectos son muy perjudiciales en la salud de los niños tanto a corto como largo plazo.

Las cifras mostradas por la Organización Mundial de la Salud en 2016 sitúan una prevalencia del 39% para el sobrepeso en mayores de 18 años y del 13% para la obesidad. Las tasas de los valores de Índice de Masa Corporal (IMC) ≥ 30 muestran una panorámica extendida: EEUU (37,3%), Arabia Saudí (35%), Australia (30,4%), Argentina (28,5%), Sudáfrica (27%); alcanzando en España un 27,1%.

Los principales motivos de esta pandemia vienen determinados por un incremento en la ingesta de alimentos calóricos, siendo ricos en azúcares y grasas, además de practicar menos actividad física.

La enfermería, y principalmente la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, dada la cercanía del abordaje diario con la población, se convierte en uno de los pilares imprescindibles de trabajo en la Salud Pública; donde los equipos integrados en atención primaria y servicios de especialización deben jugar un papel relevante.

2 Objetivos

- Mostrar el papel de enfermería en la prevención y abordaje de la obesidad infantil, a través de estrategias para dar a conocer a las familias la obesidad y promover un cambio positivo en los hábitos de vida de estas.

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 abordaje de los profesionales de enfermería en relación con la prevención de la obesidad infantil.

Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: Obesity, overweight, Nursing, specialization and intervention.

4 Resultados

El punto central de los diversos estudios publicados coincide en que una base genética sería uno de los principales factores de riesgo, acompañados de un factor social y cultural que favorezcan su desarrollo.

El factor social expone esa alta incidencia de obesidad infantil en personas que tienen bajos ingresos o en minoría étnica.

En muchos países como Estados Unidos, por ejemplo, el profesional de enfermería escolar se encuentra presente en el 85% de los colegios e institutos, donde, además, se han publicado diversos estudios sobre la influencia de esta figura en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil. También, existe una asociación Nacional de Enfermeras Escolares (NASN) con funciones específicas como medir y pesar a los alumnos identificando riesgos de padecer obesidad y comorbilidades, crear planes específicos e informar a las familias sobre conductas saludables, mostrarles apoyo psicológico, educar a los alumnos en conductas saludables y establecer unos fines con ellos para que ellos puedan crear un plan nutricional

y poder ser conscientes de los que les conviene a cada alumno para llevar una vida saludable y así conseguir un cambio en su estilo de vida, favoreciendo una tendencia positiva de la población a corto, medio y largo plazo se beneficie.

Estas son algunas estrategias para dar a conocer a las familias la obesidad y promover un cambio positivo en los hábitos de vida de estas:

- Educación en las escuelas:

Impartir programas de educación sobre nutrición y salud. Charlas informativas para padres y madres en reuniones escolares para discutir la importancia de una alimentación equilibrada y la actividad física en los niños.

- Talleres y seminarios:

Sobre obesidad infantil en tu comunidad, impartidos por expertos en nutrición y salud infantil para hablar sobre los riesgos y cómo prevenir la obesidad.

- Material informativo:

Folletos informativos y carteles que expliquen de manera sencilla los riesgos de la obesidad infantil y las formas de prevenirla.

- Campañas de concientización:

En redes sociales, blogs locales y sitios web comunitarios. Comparte historias de éxito de familias que han logrado superar la obesidad infantil a través de cambios en el estilo de vida.

- Colaboración con profesionales de la salud:

Con pediatras, nutricionistas y otros profesionales de la salud para identificar y abordar la obesidad infantil en las familias.

- Comunicación abierta:

Fomentar la comunicación abierta entre padres e hijos sobre la importancia de una alimentación saludable y la actividad física.

5 Discusión-Conclusión

La obesidad infantil es un problema de salud global que persiste y continúa siendo motivo de preocupación en la actualidad.

A medida que avanzan los años, la obesidad infantil sigue siendo un desafío significativo en muchas partes del mundo, y aquí se presentan algunas de las razones detrás de esta preocupante realidad: cambio en los hábitos alimenticios, sedentarismo, factores socioeconómicos, publicidad y marketing, entorno obesogénico, genética y predisposición.

En resumen, la obesidad infantil es un problema multifactorial que requiere un enfoque integral que involucre a familias, comunidades, profesionales de la salud y gobiernos. Las estrategias efectivas para abordar este problema deben centrarse

en promover una alimentación saludable, fomentar la actividad física, reducir la exposición a alimentos no saludables y abordar las disparidades socioeconómicas que contribuyen a la obesidad infantil.

Además, se necesita una mayor conciencia pública y políticas gubernamentales que promuevan un entorno más saludable para los niños.

6 Bibliografía

1. OMS| Datos y cifras sobre obesidad infantil. WHO. WorldHealthOrganization.[Internet].
2. Baile, J. I., González-Calderón, M. J., Palomo, R., Rabito-Alcón, M. F. La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. Clínica Contemporánea [Internet]. Enero del 2020; 1(11):1-14.
3. J. Dalmau Serra MAFLGLCMCCSS. Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte II. Diagnóstico. Comorbilidades. Tratamiento. Anales de Pediatría [Internet]. Marzo del 2007;66(3).
4. Nightingale, F. Notas de enfermería. Qué es y qué no es. Barcelona Salvat; 1990.

Capítulo 76

EL ROL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

ANA ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ

JULIA MARTÍN LUNA

SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS

1 Introducción

Desde la actividad enfermera, es esencial analizar el preocupante aumento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en las últimas décadas, ya que esto tiene un impacto directo en la atención y el cuidado de los pacientes. Las ETS representan un desafío constante para la salud pública a nivel mundial, y su aumento plantea serias implicaciones para la salud de la población.

Este aumento en la incidencia de ETS no solo afecta a nivel individual, sino que también tiene un impacto económico y social significativo. Las ETS pueden causar una serie de complicaciones médicas graves, como enfermedades inflamatorias pélvicas, infertilidad, y aumentan el riesgo de infecciones por VIH. Además, el tratamiento de las ETS representa una carga económica importante para los sistemas de atención médica, y la prevención y el manejo de estas enfermedades requieren recursos considerables.

Las causas de este aumento son multifacéticas e incluyen cambios en el comportamiento sexual, la falta de acceso a la educación sexual integral y la atención médica adecuada, así como el surgimiento de cepas resistentes a los medicamentos. Además, factores socioeconómicos, como la pobreza y la falta de acceso a servicios de salud, también desempeñan un papel importante en la propagación de las ETS.

En este contexto, la labor de los profesionales de enfermería es fundamental para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las ETS. La educación de los pacientes sobre prácticas sexuales seguras, la promoción del uso de preservativos y la realización de pruebas de detección son componentes esenciales de la atención enfermera en el ámbito de las ETS.

2 Objetivos

- Analizar el aumento de las ETS en los últimos años.
- Identificar los factores contribuyentes y evaluar el impacto en la salud pública.

3 Metodología

Para llevar a cabo este análisis, se utilizarán datos epidemiológicos y estudios de investigación disponibles sobre la incidencia de ETS en diferentes regiones geográficas y grupos de población. Se realizará un examen exhaustivo de la literatura científica y de informes de salud pública para comprender las causas subyacentes del aumento de las ETS. Además, se llevarán a cabo entrevistas con expertos en salud sexual y reproductiva para obtener perspectivas adicionales sobre este tema.

4 Resultados

Los resultados de investigaciones recientes en el ámbito de la enfermería y la salud pública han revelado un aumento significativo en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) a nivel mundial. Este aumento es particularmente preocupante debido a su impacto en grupos de jóvenes y personas de comunidades marginadas, lo que exige una atención y un enfoque específicos desde la práctica de enfermería.

Uno de los factores identificados en el aumento de las ETS es el acceso limitado a la atención médica, especialmente en comunidades desfavorecidas o en

regiones con sistemas de salud deficientes. Esto dificulta la detección temprana y el tratamiento adecuado de las ETS, lo que a su vez contribuye a su propagación. El estigma social sigue siendo un problema importante en relación con las ETS. El temor al juicio y la discriminación puede llevar a que las personas eviten buscar atención médica o discutir abiertamente sus preocupaciones sexuales, lo que retrasa el diagnóstico y el tratamiento adecuado.

La falta de educación sexual integral es otro factor crucial que contribuye al aumento de las ETS. La educación deficiente o la falta de información precisa sobre la prevención, el uso de preservativos y las prácticas sexuales seguras aumenta el riesgo de contraer ETS, especialmente entre los jóvenes.

Un aspecto alarmante es el aumento de la resistencia a los antibióticos en algunas ETS, como la gonorrea. Esto complica aún más su control y tratamiento, lo que destaca la importancia de estrategias de prevención y detección temprana más efectivas.

Los resultados de esta investigación enfatizan la necesidad de que los profesionales de enfermería desempeñen un papel fundamental en la promoción de la educación sexual, la eliminación del estigma, la realización de pruebas de detección y la prestación de atención de calidad a las personas afectadas por ETS. Además, se subraya la importancia de políticas de salud pública que aborden los determinantes sociales y económicos que contribuyen a este aumento, para lograr una reducción significativa en la incidencia de las ETS a nivel mundial.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los resultados subrayan la urgencia de abordar el creciente problema de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Es esencial centrarse en la educación sexual, la promoción del uso de condones, el acceso a pruebas y tratamientos efectivos, así como en la reducción del estigma y la discriminación asociados a las ETS. La colaboración entre el sector de la salud pública y la sociedad civil es crucial para enfrentar este desafío y proteger la salud de la población. La investigación continua también desempeñará un papel fundamental en el desarrollo de estrategias más efectivas para prevenir y controlar las ETS en todo el mundo.

6 Bibliografía

1. Álvarez Mesa M, De la Torre Navarro L, Domínguez Gómez J. Las Infecciones de Transmisión Sexual: una revisión dirigida a la atención primaria de salud. Re-

vista Cubana de Medicina General Integral. 2014; 30(3):343-353

2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Infecciones de transmisión sexual. 2016

3. Sánchez-Jiménez B, Hernández-Trejo M. Formación del personal de enfermería como promotor de la prevención de infecciones de transmisión sexual. Evaluación de aprendizaje. Perinatol Reprod Human 2003; 17: 102-14.

4. Arroyo-Cordero G. Derechos de la mujer. Salud sexual y reproductiva. Rev Enferm IMSS 1999; 7: 181-5.

Capítulo 77

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO

ANDREA MORCILLO CARDENAS

ALICIA GARCIA PECO

LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE

PABLO GRANADOS NÚÑEZ

SARA RUIZ LÓPEZ

1 Introducción

Definimos embarazo como el tiempo desde la implantación del óvulo fertilizado en el útero hasta el parto. El feto crece en la placenta y es nutrido y madurado por el cordón umbilical.

El embarazo humano dura aproximadamente 40 semanas desde el primer día del último período menstrual o 38 semanas desde la fertilización. Aproximadamente 9 meses se dividen en 3 periodos.

En el primer trimestre, aumenta el riesgo de aborto espontáneo, siendo el único momento en el que se puede producir sin asistencia médica.

- Cuidado de las mujeres embarazadas:

Es imprescindible acudir al ginecólogo periódicamente y hacerse todas las pruebas y exámenes necesarios (análisis de sangre, ecografías, niveles de azúcar en sangre, etc.).

Durante el embarazo, se debe prestar especial atención a:

- Alimentación: Una dieta variada y equilibrada. Evite el alcohol, la cafeína y el tabaco.
- Ejercicio y actividad física: moderada. Se recomiendan actividades como caminar y yoga, ya que fortalecen los músculos y te hacen sentir más feliz.

- Expansión del cuello uterino:

El cuello uterino se expande gradualmente a medida que emerge el feto. Al igual que la ruptura del saco amniótico, durante el embarazo se produce la descarga de un tapón mucoso sanguinolento que cierra el cuello uterino.

El trabajo de parto puede durar varias horas y las contracciones dolorosas e intermitentes del útero aumentan en frecuencia e intensidad. La fase finaliza con dilatación cervical completa (10 cm), es el agrandamiento de la abertura del cuello uterino.

- Higiene Corporal:

Debe ser diaria, incluyendo la hidratación de la piel, especialmente en las zonas propensas a las estrías.

Se debe prestar especial atención a la higiene bucal, debido a que la saliva se vuelve altamente ácida y daña el esmalte dental, las encías tienden a inflamarse más debido al aumento del flujo sanguíneo y la aparición de caries.

2 Objetivos

- Dar a conocer en qué consisten los cambios físicos en la mujer durante el embarazo, como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario.

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

Cambios fisiológicos en la mujer:

El cuerpo de una mujer sufre varios cambios en la preparación para el parto y a medida que el bebé crece. Las mujeres embarazadas se encuentran en un estado de hiperemia.

La cantidad total de agua en el cuerpo aumenta, lo que aumenta el peso corporal, el volumen sanguíneo, el gasto cardíaco y el metabolismo.

- **Peso:**

Durante el embarazo, es común que las mujeres experimenten un aumento de peso. La ganancia promedio es de 8kg y 16kg, dependiendo de la complejidad de cada mujer.

Este aumento de peso se debe a varios factores como pueden ser el crecimiento del bebé, la placenta, el líquido amniótico, el aumento del volumen sanguíneo, el crecimiento del útero y los senos aumentados.

- **Cambios hormonales:**

El embarazo involucra procesos hormonales complejos que permiten que el cuerpo de la mujer embarazada se adapte a las nuevas demandas. También cambiará el estado de ánimo.

- **Sistema reproductor:**

El tamaño del útero aumenta, pasando de unos 60 gramos a más de 1 kilogramo. Se adaptan algunos órganos como el estómago, los intestinos y la vesícula biliar. Los senos se hinchan en preparación para amamantar, las areolas se oscurecen y aparecen pequeños bultos (los llamados tubérculos de Montgomery).

- **Cardiovascular:**

El desplazamiento del útero levanta el diafragma, aumentando el consumo de oxígeno y dificultando la respiración. El corazón tiende a agrandarse y la frecuencia cardíaca aumenta a un promedio de 90 latidos por minuto.

La presión venosa aumenta, especialmente en sus extremidades, provocando edema y varices.

La hipertensión gestacional después de las 20 semanas de gestación puede ser un síntoma de preeclampsia, una afección potencialmente mortal para las mujeres embarazadas y sus bebés.

- **Sistema Digestivo:**

Los altos niveles de hormonas pueden causar náuseas y vómitos, especialmente durante las etapas tempranas del embarazo.

El desplazamiento del estómago y del intestino debido al agrandamiento del útero puede causar acidez estomacal e indigestión. También reduce los movimientos intestinales que causan hinchazón, estreñimiento y hemorroides.

- Sistema urinario:

Los riñones están agrandados. El útero ejerce presión sobre la vejiga, lo que provoca una micción más frecuente, especialmente durante el embarazo temprano y tardío.

- Piel:

La hiperpigmentación es muy común, especialmente en los pezones, la areola, y el área que se extiende desde el vello púbico a través del ombligo hasta la parte inferior del esternón (línea alba), lo que desaparece después del embarazo. El protector solar es fundamental para evitar que queden manchas después del parto. Las estrías también pueden aparecer en el abdomen y el pecho.

Las glándulas sudoríparas y sebáceas a menudo tienen una mayor secreción.

- Sistema esquelético:

La curvatura lumbar de la columna aumenta, provocando molestias en la espalda. Durante el segundo trimestre, la liberación de una hormona llamada relaxina promueve la dilatación cervical, relajando los ligamentos y permitiendo que la pelvis se expanda durante el parto.

Esto aplanar el arco del pie, dificulta caminar y hace que las mujeres sean más propensas a caerse.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se destaca la importancia de que, como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario, es necesario comprender en qué consiste el embarazo y los cambios físicos y fisiológicos que se producen en la mujer durante el desarrollo del mismo.

Así mismo, es fundamental conocer cuáles son los cuidados que debe seguir una mujer durante el mismo, los procesos de expansión y dilatación que sufre el cuello uterino, así como la higiene corporal y dental que se debe seguir.

El cuerpo de una mujer sufre numerosos cambios fisiológicos, entre ellos están los relacionados con el peso, la piel, los cambios hormonales, el sistema reproductor,

cardiovascular, digestivo, urinario y esquelético.

6 Bibliografía

1. Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex* [Internet]. 2021;64(1):39–48.

Capítulo 78

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LAS DIETAS EXENTAS DE GLUTEN SEGÚN LA PATOLOGÍA DEL PACIENTE

ANDREA MORCILLO CARDENAS

ALICIA GARCIA PECO

LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE

PABLO GRANADOS NÚÑEZ

SARA RUIZ LÓPEZ

1 Introducción

Las dietas con modificación en proteínas es el grupo de dietas terapéuticas en el que se realiza la modificación de la cantidad de proteínas, ya sea para aumentarla o para reducirla.

Según las recomendaciones generales, se considera que, en una dieta normoproteica, la cantidad de proteína se encuentra entre el 0,8 y 1,5 g/kg/día, mientras que la dieta hiperproteica es la que contiene una cantidad mayor de 1,5 g/kg/día y la hipoproteica se da cuando el aporte es menor a 0,8 g/kg/día.

La dieta exenta de gluten es una dieta completa caracterizada por la eliminación de cereales, productos derivados y productos procesados que contienen gluten. El gluten es la fracción proteica presente en diferentes cereales, como el trigo, la cebada, el centeno y el triticale, específicamente en el núcleo del grano, junto con el almidón. Está formado principalmente por gliadina y glutenina.

La gliadina es el componente que produce la sensibilidad de los linfocitos, provocando un deterioro en las microvellosidades del intestino y originando así una disminución de la absorción de nutrientes.

Este tipo de dieta se prescribe en pacientes con:

- Enfermedad celiaca (EC) o celiaquía: es una patología con base autoinmune en pacientes genéticamente susceptibles a la gliadina.
- Sensibilidad al gluten no celiaca (SNC).
- Alergia al trigo.

2 Objetivos

Analizar y dar a conocer, como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario, de qué tratan las dietas exentas de gluten y para qué tipo de pacientes se recomiendan según su patología.

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

Este tipo de dieta se prescribe en pacientes con:

- Enfermedad celiaca (EC) o celiaquía: es una patología con base autoinmune en pacientes genéticamente susceptibles a la gliadina. Las manifestaciones clínicas principales son la diarrea crónica con malabsorción de nutrientes, lo que puede provocar anemia, y electrolitos, la presencia de vómitos, el meteorismo y la pérdida de peso.
- Sensibilidad al gluten no celiaca (SNC): esta enfermedad cursa con una sintomatología similar a la EC, pero los pacientes no son celíacos, ya que se les ha realizado las pruebas diagnósticas de descarte. Los pacientes mejoran con la dieta libre de gluten y empeoran si lo incluyen en sus ingestas. Además, en algunas

ocasiones cursa de forma transitoria y en otras se relaciona con otras patologías, como el síndrome de intestino irritable.

- Alergia al trigo: son pacientes que presentan una reacción alérgica al trigo.

El principal tratamiento de este tipo de patologías es una dieta libre de gluten. La pauta dietética se basa en:

- Calcular los requerimientos según necesidades y reparto de macronutrientes según estrategia.
- Eliminar alimentos y productos con gluten. En este aspecto, no es necesario buscar otras alternativas, ya que ni el gluten ni los productos con gluten son esenciales para mantener una alimentación saludable.
- La avena no contiene gliadina, pero se recomienda su eliminación o asegurarse de que es una avena sin gluten, puesto que muchas industrias de cereales contaminan la avena mediante contaminación cruzada (molienda de avena y cereales con gluten).
- Evitar la contaminación cruzada a la hora de cocinar.
- Algunos pacientes cursan con intolerancia transitoria a la lactosa: cuando pasen el brote agudo, reintroducir lácteos fermentados (yogur y queso fresco) para probar tolerancia.
- Educar nutricionalmente sobre la lectura de etiquetado, adquisición de estilos de vida saludables e información de la Federación de Asociaciones de Celiacos (FACE).
- Valorar suplementos de vitaminas y minerales en caso de que exista malabsorción intestinal, sobre todo, hierro, ácido fólico y vitamina B12.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se destaca la importancia de que, como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario, es necesario saber qué son las dietas exentas de gluten y para qué tipo de pacientes se recomiendan según su patología.

La dieta exenta de gluten es una dieta completa caracterizada por la eliminación de cereales, productos derivados y productos procesados que contienen gluten. Se conoce que el gluten es la fracción proteica presente en diferentes cereales, específicamente en el núcleo del grano, junto con el almidón y que el mejor tratamiento para el tipo de patologías es una dieta exenta del mismo.

6 Bibliografía

1. La buena noticia es que no tienes que evitar todos los granos [Internet]. Mayo Clinic. 2021 [citado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/gluten-free-diet/art-20048530?reDate=01022023>.

Capítulo 79

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA CONFIDENCIALIDAD CON EL PACIENTE

ANDREA MORCILLO CARDENAS

ALICIA GARCIA PECO

LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE

PABLO GRANADOS NÚÑEZ

SARA RUIZ LÓPEZ

1 Introducción

En esta introducción vamos a exponer cómo el personal de enfermería además de sus funciones específicas en relación con sus estatutos debe aplicar un determinado tipo de protocolo de actuación acerca de la intimidad que deben de tener con los pacientes, respecto y especialmente a las patologías que les estén tratando.

La base de esto es que el sistema de sanidad realiza unas tareas concretas, organizativas y logísticas que están en estrecha relación con las diversas categorías sanitarias y no sanitarias que deben basarse en el respeto a la intimidad del paciente.

No obstante, hay otras características que deben presentar los profesionales respecto a sus funciones y en relación con ese respeto a la intimidad del paciente y

es, la capacidad de empatía con el enfermo cuando este quiera que su intimidad sea preservada; será excepcionalmente cuando se incumpla esa confidencialidad: esto lo vamos a exponer en el apartado de resultados.

El personal de enfermería debe ser consciente de que su relación con el paciente es sanitaria además de prestar atención a la confidencialidad del mismo. Por lo tanto, esto nos da un sistema de trabajo basado en proceder al buen uso de la información que maneja este personal sanitario.

2 Objetivos

- Exponer determinados aspectos relacionados con algunas de las características que debe presentar el personal de enfermería en el tratamiento de datos.
- Conocer desde la perspectiva de este personal qué límites tiene el enfermero con el tratamiento de datos del paciente que está tratando.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 través del apartado de resultados vamos a mencionar varias cuestiones que tenemos señaladas en la parte de objetivos de este trabajo de investigación.

Partimos de la base de que la intimidad del paciente debe de ser total, salvo algunas excepciones puntuales que determina la legislación. Dichas excepciones están basadas en cuestiones como órdenes judiciales o por motivos de salud del paciente.

Estas son dos de las causas por las que el personal sanitario puede infringir el secreto o confidencialidad hacia el paciente.

En la actividad diaria de los profesionales sanitarios y no sanitarios se trata con mucha información sobre los pacientes, es por ello por lo que la legislación establece que la confidencialidad al paciente debe de ser la máxima posible procurando en cualquier caso pedir la opinión al mismo.

Los casos frecuentes en los que se sopesa el proporcionar la información del paciente al resto de personas ajenas a la sanidad, es si hubiera situaciones como informar a los familiares del enfermo, no obstante, llegado este momento, el paciente debe proporcionar la autorización para dar su consentimiento para ello.

Esta confidencialidad general de la que estamos hablando en este apartado se refiere a los registros clínicos, a la información administrativa e incluso para garantizar una continuidad asistencial. Los enfermeros son un personal sanitario que debe tener una gran empatía con el paciente a la hora de tratar sus datos personales.

Esto nos determina parte de una serie de profesionales de la salud y, concretamente, en este caso el personal de enfermería, trabajando con datos con la finalidad de hacer un buen uso de ellos, así como velando por el bienestar del paciente cómo principio básico de intimidad al usuario.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de conclusiones vamos a determinar varios aspectos relacionados con los objetivos que hemos expuesto.

Concluimos sabiendo que las características concretas que debe presentar el personal de enfermería con el tratamiento de datos están relacionadas con sus funciones en la sanidad siendo fundamental el tratamiento de los datos de manera correcta, ya que los mismos son de máxima protección por ley.

Por otro lado, concluimos que, salvo casos excepcionales relacionados con la justicia, el personal de enfermería debe pedir siempre opinión al paciente para trasladar sus datos fuera de las cuestiones sanitarias.

Por último, hemos determinado que, aunque tratemos los datos con un fin sanitario, el paciente también debe autorizar el tratamiento de datos a no ser que ponga en peligro su integridad en la salud.

6 Bibliografía

1. Vargas MCO. Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería / Manual assessment of the quality of nursing service: Estrategias Para Su Aplicación / Strategies for Implementation. 2014.

Capítulo 80

CASO CLÍNICO SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA ÚLCERA POR PRESIÓN

ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA

ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO

ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

MERCEDES MEGIA CAMACHO

1 Introducción

Para conocer más a cerca de las úlceras por presión y comprender este caso clínico debemos conocer el concepto de úlcera y sus estadios: “Una úlcera por presión es una lesión localizada en la piel y/o en el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de una presión, o presión en combinación con cizallamiento”. También se asocian con las úlceras por presión un número de factores contribuyentes u otros factores de confusión.

Categorías de una úlcera por presión:

Estadio I: consiste en un eritema no blanqueante en piel intacta, en un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Pueden estar presentes signos y síntomas como, decoloración de la piel, calor, edemas y dolor.

Estadio II: consiste en una pérdida parcial del espesor de la piel o formación de ampolla. Podemos observar una herida abierta, poco profunda, con un lecho de color rosado y rojizo, sin presencia de esfacelos. También puede presentarse como una ampolla llena de suero o líquido sanguinolento. Se presenta como una úlcera superficial, brillante o seca, sin esfacelos ni hematomas.

Estadio III: pérdida total del grosor de la piel. La grasa subcutánea puede estar visible, pero sin encontrar tendones, huesos o músculo. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones, como se presenta en nuestro caso clínico.

Estadio IV: pérdida total del espesor de los tejidos, músculos, tendones, hueso se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfacelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la úlcera por presión estadio IV varía según su localización en la anatomía del paciente. Pueden desencadenar una osteomielitis u osteítis.

2 Objetivos

- Describir las úlceras por presión mediante la exposición de un caso clínico, presentando el paso a paso de la curación.

3 Caso clínico

En el centro de salud recibimos una llamada de la familiar de una paciente de 74 años con enfermedad de Parkinson diagnosticada de la enfermedad en 2018. La familiar nos refiere que la paciente se encuentra encamada aproximadamente 20h al día y en silla de ruedas el resto del tiempo, y que le ha salido una pequeña herida en la zona del sacro. Nos pide que vayamos a su domicilio a valorar la herida ya que cree que ha comenzado con un color verdoso y olor desagradable. Comenzamos a analizar las patologías de la paciente para conseguir toda la información que nos sea útil:

- Enfermedad principal Parkinson

La enfermedad de Parkinson es un tipo de trastorno del movimiento. Se produce debido a que las neuronas no producen suficiente cantidad de dopamina. Suele aparecer alrededor de los 60 años, aunque puede comenzar antes. Los síntomas de la enfermedad aparecen de forma progresiva y los más comunes son:

- Temblor en las manos, los brazos, las piernas, la mandíbula y la cara.
- Rigidez en los brazos, las piernas y el tronco.

- Lentitud de los movimientos.
- Problemas de equilibrio y coordinación.

En el caso de nuestra paciente el Parkinson ha avanzado de forma rápida, ya que dejó de caminar al principio de la aparición de la enfermedad y posteriormente comenzó con disartria.

Nuestra paciente fue diagnosticada con un estadio II, por lo aún no presentaba alteraciones en el equilibrio, podía moverse con bastón y silla de ruedas, además, era independiente para las actividades de la vida diaria (AVDB).

Actualmente, la paciente presenta un estadio V, la enfermedad está totalmente desarrollada y la paciente es dependiente de sus familiares para las AVDB.(1)

- Antecedentes

- No alergias conocidas.
- No hábitos tóxicos.
- Enfermedad de Parkinson idiopática.
- Síndrome depresivo.
- Incontinencia urinaria severa.

- Tratamiento farmacológico

- Neupro 4 mg parche transdérmico, uno al día.
- Aremis 50 mg, un comprimido al día.
- Lorazepam 0,5 mg, por la noche.
- Omeprazol 20 mg, un comprimido por la mañana.
- Hemovas 400 mg, un comprimido al día.
- Vesicare 5 mg, un comprimido al día.
- Paracetamol/tramadol, a demanda para el dolor.
- Madopar (levodopa). Pautado según avanza la enfermedad.
- Motilium 10 mg, un comprimido antes de las comidas.

- Tratamiento no farmacológico

- Dieta de 2.000kcal.
- Dispositivos de ayuda como el bastón o la silla de ruedas.
- Absorbentes.

- Situación de su enfermedad actual

La paciente actualmente es dependiente para realizar las AVDB, sus familiares la ayudan, para asearse, levantarse, comer, salir a pasear, a pesar de esto, comprende lo que pasa a su alrededor, aunque no pueda expresar sus sentimientos ni inquietudes.

Además de la enfermedad, surge un nuevo problema en la paciente, una úlcera por presión de grado III en el sacro, por la posición en decúbito supino mantenida en la cama durante aproximadamente 20h diarias.

Vamos a valorar la evolución de la úlcera en la paciente. Se han obtenido fotografías de la úlcera con permiso de la paciente para poder hacer más gráfica la evolución.

Evolución y cuidados de la úlcera por presión:

1. En la visita al domicilio de la paciente, encontramos una úlcera por presión de grado III, con pérdida total del grosor de la piel, que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que se extiende hacia abajo, pero no por la fascia subyacente, no encontramos lesión del hueso, ni otras estructuras de sostén, tampoco tunelizaciones, por lo que consideramos que es una UPP de grado III.

Inicialmente antes de comenzar con la cura de la herida realizamos educación para la salud, informando a la familia de las presiones que producen las úlceras en personas encamadas y dependientes, como es el caso de la paciente. Evitar posición decúbito supino, almohadillar esa zona para que no se produzca tanta presión, hacer cambios posturales cada 2-3 horas, adquisición de colchones anti escaras, realizar el cambio de pañal cuando esté mojado o con mucha humedad, etc.

Pasamos a realizar el cuidado de la herida:

1º Limpiamos la úlcera con suero fisiológico.

2º Aplicamos un antibacteriano, Prontosan (undecilenamidopropil betaína, 0,1 % Polihexanida) en la úlcera, empapamos una gasa estéril y la dejamos dentro de la úlcera durante 15 minutos, con esto conseguimos un lavado más profundo y descontaminación de los microorganismos que se encuentren en la herida.

3º Pasamos al desbridamiento enzimático, Iruxol, para eliminar la necrosis que ha aparecido en el tejido y comenzar a regenerar el tejido de granulación.

4º Ponemos un parche adhesivo para tapar la zona, mantener la humedad de la herida y evitar el roce con el pañal.

2. Tras una semana con el mismo cuidado de la herida vemos que no evoluciona y continua con el olor desagradable. Cambiamos el cuidado de la úlcera:

1º Limpiamos la úlcera con suero fisiológico.

2º Aplicamos un antibacteriano, Prontosan (undecilenamidopropil betaína, 0,1 % Polihexanida) en la úlcera, empapamos una gasa estéril y la dejamos dentro de la úlcera durante 15 minutos.

3º Aplicamos un pequeño apósito de plata (hidroalginato con fibras de plata) Aquacel Ag+, dentro de la úlcera, con esto conseguiremos disminuir el mal olor, absorber el exudado, tiene efecto antimicrobiano, desbridante, cicatrizante y hemostático.

4º Ponemos un parche adhesivo para tapar la zona, mantener la humedad de la

herida y evitar el roce con el pañal.

3. Durante dos semanas seguimos con el mismo cuidado de la herida, y podemos apreciar una clara mejoría. Disminuye el tejido necrótico y los esfacelos, también disminuye el mal olor y comienza a mostrarse el tejido de granulación.

Entrevistamos a la paciente para poder ofrecerle el mejor confort posible a pesar de su situación actual. y para ello examinamos los siguientes niveles:

Nivel físico: la paciente se encuentra encamada, a medida que avance la enfermedad aparecerá deterioro de la integridad cutánea en más regiones de su cuerpo.

Nivel psicológico: la situación psicológica es destacable en esta paciente, comenzó con un trastorno de ansiedad debido a la incontinencia urinaria, pero más tarde al perder la movilidad y comenzar con disartria, la situación psicológica empeoró, sobre todo, porque quiere comunicarse con su familia y es imposible para ella, únicamente expresa sus emociones con el llanto.

Nivel sociofamiliar: en el caso de la paciente, el nivel familiar es fundamental detallarlo, ya que su marido no puede hacerse cargo de ella y las que la ayudan en las actividades de la vida diaria son sus hijas, una de ellas con una niña pequeña recién nacida, por lo que la paciente intenta realizar muchas tareas sola, y aparecen caídas y heridas ya que su grado de dependencia es alto, y necesita ayuda externa.

4 Discusión-Conclusión

El cuidado de las úlceras por presión es muy complejo, ya que además de la propia herida existen muchos otros factores que son determinantes para la curación de la misma, como son; otras patologías del paciente, su alimentación, la dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria, los movimientos de cizalla y presión en la úlcera, la humedad y la localización.

Como conclusión, la enfermería ejerce un papel fundamental en la prevención y cuidado de las úlceras por presión, facilita al paciente y a la familia la recuperación de la herida y con ello minimiza el dolor y el riesgo de infección.

5 Bibliografía

1. MedlinePlus. Enfermedad de Parkinson | Mal de Parkinson [Internet]. Biblioteca Nacional de Medicina. 2019 [cited 22 Apr 2]. Available from: <https://>

medlineplus.gov/.

Capítulo 81

LA SEXUALIDAD Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES, LA COMUNICACIÓN COMO EJE FUNDAMENTAL DE LAS RELACIONES Y PRINCIPALES ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

GEA NELIA CHUMILLAS PEREZ

1 Introducción

El ser humano desde que lo conocemos basa su forma de vida en las relaciones con sus iguales, estas relaciones están condicionadas por diversos factores como condicionantes biológicos, rol de género, religión, cultura, biografía, personal, etc. Así se han ido uniendo, formando comunidades para avanzar y sobrevivir. De esta manera se han ido creando diferentes tipos de relaciones personales basándonos básicamente en la comunicación.

La sexualidad humana ha ido cambiando a lo largo de los tiempos y de la misma manera, aunque los cambios que se producen a nivel fisiológico son los mismos en todos los seres humanos, la forma de afrontar la sexualidad humana y las relaciones entre seres humanos varía de manera significativa de unos países a otros.

Existen ventajas a la hora del buen manejo de las relaciones sociales, así las personas que tienen un buen manejo nos comprendemos mejor a nosotros mismos

y a los demás, tenemos mejor comunicación y un mayor número de amigos, participamos activamente en la toma de decisiones y nos adaptamos mejor en el colegio, con los maestros y amigos, en el lado contrario están las desventajas a la hora de tener pocas habilidades en las relaciones interpersonales, así puede que expliquemos mal nuestras necesidades o nuestros sentimientos, nos costará más hacer amigos y conservarlos o comprenderlos y nos podemos sentir desplazados para tomar decisiones grupales o familiares (Bustamante, Vera, 2011).

Si las relaciones interpersonales presentan deficiencias, se producirán dificultades en el desarrollo de la persona a nivel profesional y afectivo. (Vásquez & Moncerrate, 2022).

Las relaciones interpersonales es la capacidad de desenvolverse con los demás, que deberán facilitar la convivencia con el resto de personas de nuestro entorno, intercambiando experiencias, necesidades e intereses comunes y afectos. (Ustua, 2017).

Las relaciones interpersonales se caracterizan por varios factores, la honestidad y la sinceridad, el respeto y la comprensión, y las habilidades y las destrezas de que dispone cada individuo. (Chenche, Llaguno, Contreras y Rivera, 2023).

La sexualidad humana ha ido cambiando a lo largo de los tiempos y de la misma manera, aunque los cambios que se producen a nivel fisiológico son los mismos en todos los seres humanos, la forma de afrontar la sexualidad humana y las relaciones entre seres humanos varía de manera significativa de unos países a otros, no es lo mismo nacer en Europa que en África o que en Asia, sus costumbres varían, su educación, su cultura, su alimentación... Así lo que es normal en un lugar en otro puede parecer una aberración.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de relaciones que se suceden durante la vida del ser humano.
- Explicar qué es la comunicación y cómo la utilizamos.
- Explicar la sexualidad humana, así como los derechos que refleja la Constitución española al respecto.
- Conocer el desarrollo sexual desde la infancia a la edad adulta, especialmente los cambios que se producen en el adolescente, tanto fisiológicos como psicológicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 base de las relaciones humanas es la comunicación.

Cuando hablamos de relaciones interpersonales nos referimos a la forma de relacionarse entre dos personas o más, estas comienzan desde nuestro nacimiento, con la familia. la familia es el primer pilar que nos proporcionará conocimientos y valores y nos enseñará a relacionarnos con el resto de la humanidad.

Antiguamente, la familia estaba constituida por la unión de un hombre y una mujer, unidos en matrimonio, y su descendencia, en el caso de que pudieran tenerla. En la actualidad, este concepto ha cambiado y encontramos una gran diversidad de grupos familiares que aportan unos valores de igualdad, tolerancia y convivencia de gran importancia en las relaciones interpersonales y en la comunidad humana.

El segundo pilar de las relaciones interpersonales es el colegio, aquí aprendemos a socializar con nuestros iguales y hacemos nuestros primeros amigos.

Desde pequeños, nuestros maestros nos educan junto con la familia y nos aportan conocimientos necesarios para nuestra formación cultural y profesional.

En el estudio “Relaciones Interpersonales” del equipo editorial Etecé de Argentina (2022) se explica que las relaciones interpersonales pueden ser muy diversas, y distinguen varios tipos:

Relaciones íntimas o afectivas: existe una conexión profunda entre varios individuos, formando vínculos de confianza, de protección, de solidaridad... que buscan perdurar en el tiempo. Sería este el caso del amor y de la amistad.

Relaciones superficiales: son relaciones pasajeras, no demasiado importantes, por ejemplo, el compañero del asiento del ave que no volvemos a ver.

Relaciones circunstanciales: son aquellas que tenemos con personas que vemos a menudo pero que no tenemos un apego demasiado profundo, un ejemplo de estas serían los compañeros de trabajo.

Relaciones de rivalidad: son relaciones que comparten vínculos negativos.

Relaciones familiares: son nuestras familias.

El elemento esencial de las relaciones humanas es la comunicación.

1.2. La comunicación como pilar esencial de las relaciones interpersonales.

Calvache (2015) define la comunicación como “una esfera constitutiva del desarrollo humano, que determina el proceso de humanización y se consolida como eje fundamental del bienestar y la calidad de vida de las personas ...” (Editorial).

Se pueden establecer los siguientes tipos de comunicación:

Comunicación verbal, que se subdivide a su vez en:

A- Comunicación oral o lenguaje hablado.

B- Comunicación escrita que es el lenguaje escrito.

Comunicación no verbal, que se subdivide a su vez en:

A- Comunicación visual o mensajes recibidos por la vista.

B- Comunicación auditiva o mensajes recibidos por el oído.

C- Comunicación kinestésica que es aquella que proviene de los movimientos corporales, tics, gestos, expresiones, etc., que demuestran sentimientos y pensamientos.

1.3. La sexualidad humana.

El concepto de comunicación y el de relación interpersonal conforman la sexualidad humana.

Se considera que el sistema sexual humano está compuesto por 5 sistemas:

Biológico.

Psico-mental.

Socio-relacional.

Ecológico.

Cultural.

La OMS (2006) define el concepto de sexualidad como “Un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las entidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.

En la I Encuesta Nacional de Salud Sexual (2009) se definen las relaciones sexuales como “El conjunto de prácticas que realizan dos o más personas, de igual

o diferente sexo, con la finalidad de obtener placer sexual, que no tiene por qué incluir el coito, ni concluir con el orgasmo”.

No debemos utilizar género como sinónimo de sexo. El género se sustenta en 7 pilares:

Creencias.

Rasgos personales.

Actitudes.

Sentimientos.

Valores.

Conductas.

Actividades.

Las ideologías de género son:

Igualdad entre hombres y mujeres.

El sexo biológico se puede modificar.

La familia natural es un estereotipo.

“Dessexualizar” la “progenitoralidad”.

Conquista de la escuela y de los medios de comunicación.

Según la Constitución Española de 1978 los derechos sexuales son:

Derecho a tener acceso a servicios sanitarios.

Decidir libre y responsablemente sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad.

Derecho a ejercer la sexualidad sin riesgos, libre de discriminación, coerción o violencia relativas a la sexualidad.

Derecho al placer físico y emocional.

Derecho a la libre orientación sexual.

Derecho a la información sobre la sexualidad.

Todo ello en condiciones de igualdad, pleno consentimiento y respeto mutuo, compartiendo responsabilidades en las relaciones sexuales y sus consecuencias.

1.4. El desarrollo sexual del adolescente.

Introducción: considerando el sexo como “genitalidad”, en el desarrollo sexual del ser humano se van diferenciando los caracteres sexuales, estos se definen como las características anatómicas y fisiológicas que permiten diferenciar un sexo de otro.

Tipos de caracteres sexuales:

A. Primarios: son el conjunto de órganos sexuales masculinos o femeninos con los que nacemos, incluyendo los genitales internos y externos.

B. Secundarios: son las características físicas y psicológicas que aparecen en la pubertad.

Cambios hormonales femeninos y masculinos: según Iglesias (2013) “los cambios observados dependen de tres ejes hormonales: el hipotálamo-hipófisis-gonadal, el hipotálamo-hipófisis-gonadal y el eje ligado a la hormona del crecimiento”.

Para este autor la adrenergia (que se produce entre los 6 y los 8 años) es un proceso por el cual se produce un aumento de las hormonas secretadas por la corteza suprarrenal, actuando como precursoras de hormonas más potentes como la testosterona, esto se traduce en:

Crecimiento de vello axilar y púbico.

Desarrollo del olor corporal.

Incremento de la secreción sebácea.

En la mujer aparece la menstruación y se desarrollan las mamas, se estrecha la cintura y se ensanchan las caderas.

En el hombre se desarrollan los músculos, se ensancha la espalda y la voz se hace más grave.

Cambios psicológicos:

Cambios en la imagen corporal.

La pérdida de la condición de niño.

Diferencias en función de género, búsqueda de un rol.

Crecimiento personal, búsqueda de seguridad en sí mismos.

Excitación sexual, búsqueda de satisfacción sexual con otras personas.

Una vez explicado todo esto es importante el diálogo con el adolescente para aportar conocimientos referentes a la sexualidad, y que así mantenga una vida sexual sana, libre de enfermedades de transmisión sexual.

2. Enfermedades de transmisión sexual (ETS):

2.1. Introducción:

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

2.2. Transmisión y contagio de la enfermedad de transmisión sexual:

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

- Contagio por vía respiratoria: al toser, al respirar, al estornudar, al hablar, al

escupir ... expulsamos unas gotitas que contienen partículas que pueden ser contagiosas si la persona tiene alguna enfermedad.

- Contagio por vía fecal-oral: a través de las heces o a través de la ingesta de alimentos o líquidos en mal estado.
- Contagio por contacto directo: al tocarnos o al entrar en contacto con líquidos corporales, en este incluimos el contagio por vía sexual.
- Contagio por contacto indirecto: al tocar un objeto contaminado.

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

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

2.3. Clasificación de las enfermedades de transmisión sexual:

En este apartado enumeraremos las enfermedades de transmisión sexual que conocemos según el patógeno que las produce, estas son:

1- Enfermedades producidas por bacterias:

- Gonorrea.
- Clamidia.
- Sífilis.
- Vaginosis bacteriana.
- Micoplasmas.
- Chancro blando.

2- Enfermedades producidas por virus:

- Herpes genital (VHS).
- Virus del papiloma humano (VPH).
- Moluscum contagiosum.
- Hepatitis A.
- Hepatitis B.
- Hepatitis C.
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o VIH.
- Citomegalovirus.
- Virus de Epstein-Barr.
- Viruela del mono.

3- Enfermedades producidas por hongos:

- Candidiasis vulvo-vaginal.

4- Enfermedades producidas por parásitos:

- Trichomona vaginalis.
- Piojos púbicos o ladillas.
- Sarna.

5- Otras:

- Infecciones producidas por microorganismos intestinales.

2.4. Sintomatología común de las enfermedades de transmisión sexual:

Dentro de los signos y síntomas de las enfermedades de transmisión sexual existe una sintomatología común:

A- Síntomas comunes en la mujer:

- Flujo anormal en la vagina con o sin olor desagradable.
- Llagas, ampollas, ronchas, verrugas ... cerca de los órganos sexuales, del ano o de la boca.
- Dolor pélvico.
- Picor y escozor en los genitales.
- Sangrado vaginal sin la menstruación o tras las relaciones sexuales.
- Dolor vaginal con las relaciones sexuales. (dispareunia).
- Molestias al orinar o al defecar.

B- Síntomas comunes en el hombre:

- Secreción anormal por la uretra.
- Llagas, ampollas, ronchas, verrugas ... cerca del ano, de la boca y de los órganos sexuales.
- Inflamación de los ganglios cercanos a la llaga.
- Dolor testicular, inflamación de los órganos sexuales.
- Escozor o picor en los órganos sexuales.
- Molestias al orinar o al defecar.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir diremos que las relaciones interpersonales pasan por diferentes etapas a lo largo de la vida, cuando nacemos nuestro primer pilar es la familia,

por medio del cual cubrimos nuestras necesidades para sobrevivir, y así sucesivamente vamos apoyándonos en diversos pilares para adquirir nuevos conocimientos y habilidades, el colegio, los amigos, el trabajo...

También debemos tener en cuenta que según el país donde vivamos tenemos unos derechos o no, con respecto a nuestra sexualidad, así no será lo mismo nacer en África que en Europa que en Asia.

La comunicación juega un papel esencial en las relaciones interpersonales, existiendo diversos tipos de comunicación.

Y por último, también destacamos los diversos cambios psicológicos y fisiológicos que se producen en el ser humano a lo largo de nuestra vida, que nos aportarán las capacidades necesarias para sobrevivir y relacionarnos.

6 Bibliografía

1. Andrés, D. (2012). Manual DAE para la preparación de oposiciones 1 y 2. Ediciones DAE (Grupo Paradigma). Valencia.
2. Calvache, A. (2015). Perspectiva sistémica de la comunicación humana y sus desórdenes. Revista Ciencias de la Salud, 13, 3. Perspectiva sistémica de la comunicación humana y sus desórdenes (scielo.org.co).
- Equipo Editorial, Etecé. (2022, agosto, 12). Relaciones Concepto. Relaciones Interpersonales - Concepto, tipos, ejemplos e importancia.
3. García, F. y Medina, F.J. (2011). Atención al paciente con alteraciones inmunológicas, nefrourogenitales, dermatológicas, oftalmológicas y otorrinolaringológicas. FUDEN. Madrid.
- Iglesias, J.L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatría Integral. 12, 2, 88-93. 1. Iglesias.indd (pediatriaintegral.es)
4. Sánchez, E. y otros (2017). Cuidados de enfermería en atención primaria y especializada (volumen II). SATSE. Madrid.
5. Álvarez, (2010). Comunicación y Sexualidad. Enfermería Global.
6. Fornés, J. (2005) Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Planes de Cuidados. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
7. Cabello, F. (2010) Manual de Sexología y terapia sexual. Síntesis. Madrid.
8. González Merlo, J. (2006). Tratado de obstetricia. 5ª edición. Elsevier, Barcelona.
9. Amezáa, E (2010) Avances en educación sexual. La asignatura de los sexos. Anuario de Sexología.

Capítulo 82

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

AINHOA GARCIA SERRANO

MIGUEL DAMAS UREÑA

PATRICIA NAVARRO FUENTES

LAURA FLORES CUENCA

IGNACIO LÓPEZ-PASTOR LOARCE

1 Introducción

La enfermedad de Crohn (EC) es una patología digestiva crónica que cursa con un proceso inflamatorio del tracto gastrointestinal que puede afectar a todas sus capas. Desde la boca hasta el ano pese a que normalmente aparece en la zona distal del íleon y el colón. Se conoce con el nombre común de colon irritable.

Es una enfermedad de las más comunes del aparato digestivo, se caracteriza porque cursa con brotes en base al proceso inflamatorio del momento. Además, puede afectar por zonas al tracto digestivo.

Las personas que padecen esta patología presentan brotes en diferentes periodos que tiene que ver con los momentos en que la enfermedad se reactiva por lo que presenta signos y síntomas activos. Esto quiere decir que el usuario del sistema de salud va a tener esta enfermedad siempre pero su sintomatología aparece en determinados momentos.

Las causas que provocan esta patología son desconocidas, aunque según diferentes estudios depende de factores ambientales y genéticos. Cuando se diagnostica la patología el paciente va a presentar una serie de lesiones muy características que reciben el nombre de granulomas, son una especie de heridas, de úlceras que se presenta en el tracto intestinal y pueden llegar a producir una serie de complicaciones. En base a la zona afectada puede ser de mayor o menor gravedad. Diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso, fiebre y síntomas de mala absorción como astenia o anorexia. Para el diagnóstico de la EC, no existe una única prueba y los pasos a seguir dependerán de la clínica, de los resultados en la anamnesis, en la exploración física y de las pruebas de laboratorio, estudios de imagen, procedimientos endoscópicos y biopsias. El tratamiento farmacológico se utiliza para inhibir el sistema inmunitario y gestionar la inflamación. El tratamiento dietético, consiste en modificar la dieta para tratar la EC, ya que algunos alimentos pueden empeorar los signos y síntomas.

2 Objetivos

Objetivo general de este capítulo:

- Determinar las intervenciones de enfermería que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad de Crohn.

Objetivos específicos:

- Determinar si la modificación de los estilos de vida es eficaz para mejorar la calidad de vida de pacientes Crohn.

3 Metodología

El trabajo que se presenta es una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica existente actualmente sobre el tema planteado. Para llevar a cabo esta revisión, se utilizaron las siguientes bases de datos como fuente de información: Pubmed, Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Cuidatge, Scilo (Scientific Electronic Library Online), Cuiden plus.

Palabras clave: Enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de crohn, enfermería, cuidados, educación.

4 Resultados

La enfermera suele acompañar el proceso del paciente que comienza con síntomas activos de la enfermedad de Crohn de tal manera que se diagnostica porque presenta a través de la anamnesis, en la exploración física y de las pruebas de laboratorio, estudios de imagen, procedimientos endoscópicos y biopsias.

El paciente manifiesta que tiene diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso e incluso fiebre por lo que ante el diagnóstico el facultativo de digestivo va a implantar el tratamiento farmacológico mientras que la enfermera va a implantar el tratamiento educativo para cambiar los hábitos alimentarios para mantener la enfermedad dormida evitando los brotes.

Los consejos educativos que la enfermera presenta a los pacientes son:

- Una dieta nutritiva y los pacientes deben determinar, a base de ensayo y error, qué alimentos exacerban sus síntomas y evitarlos. Para lo que se recomienda que se escriba en un diario lo que se come para descubrir cuáles son los alimentos que provocan el brote y así evitarlos.
- En los pacientes que son fumadores se aconseja la deshabituación porque el tabaco irrita la mucosa provocando fistulas por lo que se le puede derivar a la consulta antitabaco.
- Evitar el uso de antiinflamatorios no esteroides y de anticonceptivos orales porque favorecen y agravan la sintomatología.
- Ante un brote diarreico se aconseja el aumento de hídricos principalmente el agua para evitar la deshidratación. Junto a ello se debe valorar si hay sangre en heces que muestran que habría una úlcera.
- El paciente debe pesarse con regularidad para evitar pérdidas de peso ante la sintomatología activa que en muchas ocasiones va a provocar a los pacientes que dejen de comer.
- En los momentos de la patología en los que los brotes son muy agresivos con cólicos continuos y diarreas se debe acudir a los centros sanitarios y en muchas ocasiones se aportan suplementos nutricionales.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el tratamiento médico va a paliar la sintomatología activa, pero es el trabajo de la enfermería que busca mejorar la calidad de vida de personas con la enfermedad de Crohn por lo que a través de la educación sanitaria pretendemos este objetivo.

Existen múltiples estrategias y herramientas dentro de la educación sanitaria que

las enfermeras vamos a desarrollar con el objetivo de que el paciente se autocuide para evitar brotes.

Por último, pese al tiempo en el que se conoce la patología y su sintomatología vemos que existen carencia y diferencias sobre la forma de tratar a los pacientes con esta patología. Dentro de todo esto, la enfermera es el punto de inflexión para que el paciente se sienta acogido en todo el proceso que inicia de cambio de hábitos de vida para mejorar la sintomatología.

6 Bibliografía

1. Díaz M, Lana R, Mendoza J.L. Definiciones y manifestaciones clínicas generales. En: Enfermedad Inflamatoria Intestinal. 3ª ed. Madrid. 2007.
2. Organización Mundial de Gastroenterología. Enfermedad Inflamatoria Intestinal: una perspectiva global. Guías Mundiales. Madrid. 2009.
3. http://www.eiialdia.com/ArticulosPDF/Vol11-1/Enfermeria_11-1.pdf.
4. Domènech E, Ricart E. Tratamiento médico de la enfermedad de Crohn. Medicine. 2008.
5. Crespo A. El papel del personal de enfermería en la atención de la enfermedad de Crohn y de la colitis ulcerosa. Jornades ACCU Madrid para pacientes de Enfermedad Inflamatoria Intestinal: marzo. Madrid; 2013.

Capítulo 83

LA ENFERMERÍA Y EL TUMOR CEREBRAL PEDIÁTRICO

AINHOA GARCIA SERRANO

MIGUEL DAMAS UREÑA

PATRICIA NAVARRO FUENTES

LAURA FLORES CUENCA

IGNACIO LÓPEZ-PASTOR LOARCE

1 Introducción

El hecho de que un niño esté enfermo ya suele causar preocupación a los padres pero si se trata de cáncer aún más genera en las familias cuadros que en muchas ocasiones precisan de apoyo psicológico. Los niños exigen un especial cuidado en las sociedades desarrolladas y muchos más en países como España que tiene un índice tan bajo de natalidad.

Según numerosos estudios el cáncer infantil es la primera causa de muerte en los países desarrollados y después los accidentes. En España, la incidencia de esta patología es de 135 y 145 casos por millón de niños menores de 15 años.

La distribución de los distintos tipos de tumores no es homogénea, varía según la edad, la etnia o el origen del paciente, con un leve predominio en el sexo masculino. Los principales tumores son aquellos que se localizan en el sistema nervioso central, seguidos de los del sistema nervioso simpático, óseos y sarcomas de las zonas blandas.

En este capítulo, nos centraremos en los tumores sólidos del sistema nervioso central que es la segunda causa de muerte en menores de 15 años. En España, el sistema sanitario detecta unos 1.500 casos de cáncer infantil.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Estudiar el proceso del cáncer en el paciente pediátrico y su familia desde la perspectiva enfermera.

Objetivos específicos:

- Identificar las complicaciones potenciales ante un cáncer infantil del sistema nervioso central.
- Mostrar la importancia de enfermería en el proceso de enfermedad oncológica en pediatría.

3 Metodología

El trabajo que se presenta es una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica existente actualmente sobre el tema planteado. Para llevar a cabo esta revisión, se utilizaron las siguientes bases de datos como fuente de información: Pubmed, Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Cuidatge, Scilo (Scientific Electronic Library Online), Cuiden plus.

Palabras clave: enfermería, cáncer infantil, cuidados infantiles entre otros.

4 Resultados

La atención de la enfermería al paciente infantil oncológico debe partir del Proceso de Atención de Enfermería, como inciso el desarrollo y la implementación del plan de cuidado utilizando las taxonomías NANDA-NOC-NIC (NNN) ha mejorado la calidad de los cuidados aplicados en diferentes ámbitos asistenciales como es la oncología pediátrica.

En este trabajo se aplica el proceso de atención en enfermería que es método sistemático y organizado dentro del cual se desarrolla el plan de cuidados de forma individualizada. Las fases son: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Este proceso se realiza para atender los cuidados después de la intervención quirúrgica a los menores que tienen un tumor que afecta al sistema nervioso cen-

tral. Además, se trabaja con las posibles complicaciones potenciales derivadas de los problemas de colaboración.

La complicación potencial que cuentan los pacientes pediátricos con tumores cerebrales es el aumento de la presión intracraneal (PIC) o hipertensión craneal. Esta es la principal causa de muerte en pacientes con enfermedades del sistema nervioso central después de las intervenciones quirúrgicas.

El trabajo de la enfermería será medir en todo momento la presión intracraneal y controlar el estado de somnolencia del paciente infantil para poder observar si existe un aumento de esta presión. Para ello contamos con el aparataje oportuno que nos permite realizar estas mediciones.

Un aumento de la presión intracraneal conlleva lesiones fatales para el cerebro y por tanto para el desarrollo de los menores una vez superada la patología. Si reduce el riesgo de hipertensión craneal se reducirá también el riesgo de que aparezcan convulsiones en el paciente, que es una complicación que suele aparecer cuando tenemos este tipo de afecciones cerebrales, e incluso puede causar la muerte.

Nuestro proceso de atención de enfermería se centra en reducir la presión intracraneal para favorecer al fin y al cabo el confort del paciente y de su entorno. La familia suele verse muy afectada por el estado del menor por ello debemos desarrollar unas habilidades de comunicación que permitan la escucha activa y asertiva de tal manera que no solamente vamos a cubrir las necesidades del paciente sino también de la familia que acompaña estos procesos.

Otra de las complicaciones más importantes y con la que hay que llevar mucho cuidado son las dificultades respiratorias, las cuales se pueden ser depresión respiratoria, barotrauma, broncoaspiración, edema subglótico entre otros. Por ello se debe prestar atención y cuidados continuados a los menores para observar cualquier cambio en su estado pese a que la complicación más importante sea el aumento de la presión intracraneal.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, la enfermera es la que va a realizar el seguimiento de los menores con cáncer cerebral en el día a día. Va a ser capaz de observar y reflejar gracias a la realización del proceso de atención de enfermería los signos y síntomas que pueden llegar a agravar la situación de estos menores.

Junto a ello, es importante hacer partícipe en los cuidados a la familia y sobre todo a los progenitores que en muchas ocasiones manifiestan sentimientos de culpabilidad ya que creen transmitir la enfermedad a sus hijos.

Como final, las enfermeras debemos formarnos en los cuidados técnicos y en las habilidades sociales y psicológicas para prestar unos cuidados de calidad.

6 Bibliografía

1. López-Aguilar E, Sepúlveda-Vildósola AC, Rioscovian-Soto AP, Diego- Perez Ramirez J, Siordia-Reyes G. Tumores cerebrales en pediatría. Estado actual del diagnóstico y tratamiento. GAMO 2011.
2. Vazquez Román S, Martínez Antón A, Llorente Otones L, Rojo Conejo P, Hijososa Bernal J. Síntomas y signos iniciales de los tumores cerebrales pediátricos. Neurol Supl. 2008.
3. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210210>.
4. <https://www.analesdepediatría.org/es-postoperatorio-tumores-cerebrales-unidad-cuidados-articulo-S169540330800074X>.

Capítulo 84

LA ENFERMERIA Y EL PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASOS.

AINHOA GARCIA SERRANO

MIGUEL DAMAS UREÑA

PATRICIA NAVARRO FUENTES

LAURA FLORES CUENCA

IGNACIO LÓPEZ-PASTOR LOARCE

1 Introducción

La estimulación eléctrica cardíaca mediante implante de marcapasos logrado abordar y resolver determinadas patologías cardíacas irreversibles y mortales. Gracias a estos avances científicos, los usuarios de los servicios de salud han logrado portar estos aparatos que les ha permitido volver a vivir y tener una vida normalizada.

Los marcapasos epicárdicos temporales se colocan de forma rutinaria en cirugía cardíaca. Casi el 50% de los pacientes sometidos a cirugía extracorpórea precisan del uso temporal de marcapasos epicárdico.

El marcapasos es un dispositivo electrónico de estimulación cardíaca que se implanta en los pacientes que poseen determinados problemas cardíacos debido al gasto del corazón, por malos hábitos o por la edad. Tiene de uno o varios electrodos encargados de captar el estímulo cardíaco y un generador o pila que produce el impulso eléctrico necesario para mantener la frecuencia cardíaca dentro de los

límites normales. La pila debe ser cambiada cada ciertos años, pero ello no suele entrañar riesgos para el paciente.

Los electrodos se colocan en el ventrículo izquierdo y se suturan a la piel por la parte distal del catéter. Transcurridos unos días se pueden retirar tirando de ellos con suavidad. La estimulación epicárdica temporal después de una cirugía cardíaca, ayuda al tratamiento de las alteraciones posquirúrgicas de la conducción, además tiene factor importante en la contribución al gasto cardíaco dependiente de la frecuencia y puede prevenir la aparición de la fibrilación auricular después de haber realizado la cirugía cardíaca de implantación del marcapasos.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer las funciones de la enfermera en el paciente portador de marcapasos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de 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 enfermeras de cardiología y de cuidados intensivos dentro de las unidades de hospitalización trabajan con el resto de los profesionales como equipo multidisciplinar en pro de ofrecer, en este caso a los pacientes portadores de marcapasos, los cuidados necesarios para su rehabilitación de tal manera que puedan volver a retomar su vida con normalidad.

En un primer momento, este tipo de paciente precisan de unos cuidados más específicos después de haber realizado la inserción, por lo que suelen pasar unos días en las unidades de cuidados intensivos para pasar después a la unidad de cardiología.

Los cuidados postquirúrgicos de estos pacientes por parte de las enfermeras son:

- Realizar electrocardiograma por turno para observar el funcionamiento del corazón.

- Realizar radiografía de tórax al ser acogido en la unidad de cuidados intensivos para ver la colocación del marcapasos.
- Controlar las constantes vitales de forma más intensa y continuada la frecuencia cardíaca.
- Vigilar los parámetros programados en el marcapasos.
- Controlar la batería del marcapasos.
- Medir el umbral de estimulación.
- Curar diariamente la zona de la incisión para evitar infecciones.
- Vigilar que no haya exudado porque sería signo complicaciones.
- Facilitar una dieta coronaria que es aquella que es baja en sal y grasas para evitar mayores problemas en las arterias coronarias.

Debemos estar atentas a signos y síntomas que nos hagan sospechar de complicaciones como pueda ser el taponamiento del corazón que provoca sangrado pericárdico o la rotura de injertos. Nos hace sospechar esto:

- Incoherencias en el paciente que parecen demencias.
- Cambio del color de la piel a blanquecino.
- Somnolencia o aturdimiento.

Ante este tipo de signos debemos realizar un electrocardiograma y avisar al médico para que se valore el estado del paciente para un diagnóstico, de tal manera que se pone en marcha el plan de cuidados al paciente portador de marcapasos.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el conocimiento de los marcapasos de soporte cardíaco después de las intervenciones quirúrgicas implica para la enfermera el poder ofrecer un apoyo al paciente para minimizar los riesgos después de la cirugía.

Como profesionales de la sanidad debemos garantizar la seguridad al paciente por medio de una atención de calidad, lo que implica que se tenga que estar siempre formándose en los avances sanitarios de la cirugía cardíaca.

Por último, los centros sanitarios donde desarrollamos nuestras funciones nos facilitan el acceso a los protocolos y programas que permiten que nuestras actuaciones estén basadas en la evidencia y en planes de cuidados.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Morales M.^a Mercedes, Alsina Restoy Xavier (eds.). Manual de Enfermería en Estimulación Cardíaca y Dispositivos Implantables, Barcelona, Aso-

ciación Española de Enfermería en Cardiología; 2010.

2. https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v6_n1_a7.pdf.

3. <https://www.revespcardiol.org/es-congresos-sec-2015-el-congreso-19-sesion-cuidados-agudos-1658-cuidados-enfermeria-marcapasos-temporales-19003-pdf>.

Capítulo 85

ENFERMERÍA EN PERSONAS CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA).

JUAN JOSE CHACON BELMAR

EVA LOPEZ AGUDO

ROBERTO PARDO PARDO

JOSE ANTONIO CACERES LORENTE

RICARDO BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Se estima que los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia, trastorno por atracones y no especificados), conocidos como TCA, son la tercera enfermedad más prevalente en la adolescencia, con un riesgo de padecerla entre el 4-12%. La edad de inicio es cada vez más precoz y la incidencia aumenta rápidamente. Tienen un origen multicausal (biológico, psicológico y cultural) pudiendo actuar como detonantes sobre todo la baja autoestima y la insatisfacción con la imagen corporal combinado con los factores socioculturales de los cánones de belleza actuales, redes sociales, entre otros y factores estresantes en el entorno familiar.

Aunque se manifestaba mayoritariamente en mujeres, adolescentes y jóvenes, la tendencia ha ido cambiando a lo largo de estos años, abarcando más rango de

edad, en ambos extremos, y teniendo también presencia masculina. Este tipo de pacientes suelen presentar comorbilidad, siendo frecuentes desarrollarlos junto con ansiedad, depresión o trastorno obsesivo-compulsivo (conocido como TOC). No obstante, la recuperación de estos trastornos suele ser alta. En torno al 60-70% de personas que lo presentan acaban recuperándose, mientras que un 20-25% presenta recaídas y no se recupera totalmente. Además, a lo largo del curso del trastorno, pueden existir fluctuaciones entre las diferentes tipologías nombradas anteriormente.

Sin embargo, aunque el riesgo de mortalidad es bajo, esta puede ser temprana si consideramos la tasa de suicidio en este tipo de pacientes.

El tratamiento se establece de manera multidisciplinar y se fundamenta en tres pilares: rehabilitación nutricional, psicoterapia y psicofármacos (aunque estos últimos no tienen efectividad en la alteración de la imagen corporal, las ideas obsesivas y la ansiedad relacionada con la nutrición).

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones de la enfermera en personas con TCA.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de 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 artículos científicos consultados ponen en común como imprescindible el papel de la enfermería en este tipo de trastornos a todos los niveles, tanto en detección precoz y en tratamiento (multidisciplinar, en conjunto con psicólogo y psiquiatra), como en seguimiento, ya que se realiza de manera integral y global e individualizada. Sin embargo, se encuentra que existe disparidad de recursos y que es necesaria la realización de protocolos consensuados.

Desde la visión de las pacientes, destacan el papel de la enfermería por la importancia que le otorgan a la relación de ayuda, sintiéndose escuchadas y acogidas, estableciendo con esta figura un punto de apoyo. Es por ello que se relacionan las intervenciones de enfermería con la reducción de la progresión de la enfermedad en etapas iniciales del trastorno y contribuyen a la expresión de los sentimientos de las pacientes. Y, consecuentemente, mejoraría las tasas de recuperación, disminuyendo así las recaídas y el número de ingresos.

La enfermera en este tipo de trastornos, según la literatura encontrada, basa sus funciones en establecer una relación de ayuda inesperada, buscar el origen del problema, derribar las barreras que se puedan encontrar y construir pilares con las pacientes y, por último, la de enseñar a entender el significado del TCA.

En cuanto al entorno de las personas afectadas por esta enfermedad, los estudios basados en encuestas realizadas a pacientes con este tipo de trastorno, reflejan en su mayoría que la familia se considera uno de los factores desencadenantes más comunes.

En cambio, partiendo de estos, destacan como elementos clave para la recuperación: la confianza que adquieren, el sentirse preparadas para trabajar en su recuperación, sentirse escuchadas y tenidas en cuenta y el tener una buena relación de apoyo con una figura terapéutica como la enfermera.

Finalmente, se hace hincapié en que la unidad de Hospital de día en este tipo de trastornos es fundamental para evitar la hospitalización en la mayoría de los casos, ya que solo sería imprescindible cuando fracase el tratamiento o en situación de riesgo orgánico o psiquiátrico.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta la elevación de casos, cada vez más rápida, de personas que sufren estos trastornos de la conducta alimentaria, se hace imprescindible y necesaria la prevención y detección precoz para detener el progreso del trastorno lo antes posible y evitar así que aumenten los ingresos hospitalarios. Destacando en este sentido el papel de la enfermería para conseguirlo, ya que además de desarrollar las funciones anteriores, las pacientes la consideran una figura clave por la importancia que le otorgan a la relación de ayuda terapéutica.

Finalmente, de esta manera, también se fomentaría el tratamiento y seguimiento en hospital de día y/o de manera ambulatoria, sin olvidar el trato de manera individualizada para garantizar la recuperación y evitar recaídas.

6 Bibliografía

1. Alonso CH, Sanz DAA, Varona LP, Hernández CL, Uribarri BG, Fau CB. Cuidados de enfermería en pacientes con trastornos alimenticios. *Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2021 [citado el 1 de septiembre de 2023];2(10):160. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8163661>
2. Corral Liria I, Alonso-Maza M, González-Luis J, Fernández-Pascual S, Becerrode-Bengoa-Vallejo R, Losa-Iglesias M. Cuidados de enfermería desde la experiencia de personas que padecen trastornos alimentarios: Un estudio cualitativo. *Rev Mex Trastor Aliment* [Internet]. 2022 [citado el 1 de septiembre de 2023];12(1):1–14. Disponible en: <https://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/675>
3. Andrades Peña D, Ordóñez Marchena A, Bernal Zarzuela P. Atención enfermera en trastornos de conducta alimentaria [Internet]. *Revista-cientificasanum.com*. [citado el 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistacientificasanum.com/new/en/vol-7-num-2-abril-2023-atencionenfermera-en-trastornos-de-conducta-alimentaria/>
4. Matía Martín P, Castro Alija MJ, Loria Kohen V, Campos del Portillo R, Palma Milla S, Valero Pérez M, et al. Results of the survey on care units and caring for eating disorders in Spain. SENPE Working Group on Eating Disorders. *Nutr Hosp* [Internet]. 2023 [citado el 1 de septiembre de 2023];40(1):213–21. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112023000100025&script=sci_arttext
5. Calero Marín de Villodres P. Anorexia y bulimia: guía de cuidados enfermeros en trastornos de la conducta alimentaria. *Hospitalización completa. Index Enferm* [Internet]. 2015 [citado el 2 de septiembre de 2023];24(3):191–2. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962015000200017&script=sci_arttext
6. Montañez RAC, Rodríguez JCP, Cubillos YKS, Ochoa LDR, Díaz LVR, Saavedra PAS. Cuidados enfermeros que modifican conductas alimentarias en adolescentes, etapa inicial de anorexia. *Rev Cienc Cuid* [Internet]. 2020 [citado el 2 de septiembre de 2023];17(2):102–15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7490963>

Capítulo 86

LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN DURANTE LA EDAD PEDIÁTRICA

JUAN JOSE CHACON BELMAR

EVA LOPEZ AGUDO

ROBERTO PARDO PARDO

JOSE ANTONIO CACERES LORENTE

RICARDO BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Desde muchos años atrás la enfermería ha constituido un colectivo muy importante en la salud del recién nacido en todo su desarrollo madurativo hasta alcanzar la etapa de niño/a y adolescente, esto ha sido así gracias a la educación para la salud sobre la alimentación, entre otros temas, que han llevado a cabo las enfermeras/os desde el momento del nacimiento.

Una alimentación adecuada en la infancia es fundamental para un crecimiento, salud y desarrollo óptimo, evitando así diversas enfermedades, desde enfermería para comprobar el correcto desarrollo del lactante o niño/a, tras realizar la educación para la salud a las personas adultas titulares del lactante o niño/a, lleva a

cabo una exhaustiva valoración y evaluación del estado del bebé a través de la entrevista a los padres y valoración antropométrica del lactante o niño/a.

La lactancia materna, desde años muy remotos, se consideró y se continúa eligiendo como el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida, cubriendo todas sus necesidades nutricionales. Como segunda elección y en caso de que no sea posible la lactancia materna, la leche artificial de fórmula, constituye el único alimento hasta los 6 meses de edad y a partir de ahí, la alimentación complementaria comienza a combinarse con la lactancia.

2 Objetivos

- Describir las actuaciones de enfermería sobre la lactancia y alimentación para una adecuada salud y crecimiento durante la edad pediátrica.
- Conocer las características y pautas de una adecuada lactancia y alimentación complementaria en pediatría.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente capítulo se ha elegido la revisión bibliográfica como método de estudio de investigación de la información publicada en diversas fuentes científicas. Se han consultado documentos de diversas bases de datos como: Scielo, Dialnet y Google académico. También se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, guías publicadas en distintas áreas de salud por enfermeras/os y revistas publicadas en los últimos años.

4 Resultados

El enfermero/a pediátrico se encarga del seguimiento de las revisiones de niño sano desde el momento del nacimiento hasta la adolescencia, realizando en dichas revisiones promoción de la salud y prevención de la enfermedad, llevando a cabo un seguimiento holístico hacia el paciente y unidad familiar. También se encargan de la realización de técnicas terapéuticas prescritas por el médico/a como administración de vacunas, medicación, curas, medidas antropométricas, constantes vitales, etc.

Una labor muy importante de las enfermeras/os, es la educación para la salud en todas las etapas del ciclo vital, desde los cuidados del recién nacido, desarrollo psicomotor, nutrición, higiene, prevención de accidentes, sexualidad, ejercicio físico

y lactancia materna o alimentación complementaria, que es el tema que trataremos en este capítulo dado a los relevantes problemas y patologías nutricionales que afectan hoy en día en la infancia y que como enfermeras/os contamos con la suficiente preparación para abordarlo cómo se ha demostrado en numerosos estudios científicos.

La evidencia actual recomienda la lactancia materna o de fórmula adaptada exclusiva hasta los 6 meses de edad y a partir de ahí el inicio de la alimentación complementaria, no obstante, en un pasado no muy lejano, se recomendaba el inicio de la alimentación complementaria a los 4 meses de edad o incluso antes, además, aún hay guías y profesionales sanitarios que recomiendan a los 4 meses de edad o incluso antes.

Tras un estudio reciente en Europa, se observó que la mayoría de padres introducen los alimentos complementarios al bebé antes de los 6 meses y un pequeño porcentaje, lo hace de manera tardía después de los 6 meses.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna como “forma óptima de alimentar a los bebés, ofreciéndoles los nutrientes que necesitan en el equilibrio adecuado, así como ofreciendo protección contra las enfermedades”.

La OMS define la alimentación complementaria como “Periodo durante el cual se administran otros alimentos junto con la leche materna”.

¿Qué, cómo y cuándo introducir determinados alimentos? Pregunta muy consultada por los padres del bebé a sus enfermeras/os de referencia, cuya cercanía y accesibilidad hace que acudan a nosotras como primera opción para dar respuestas a sus dudas.

Una guía creada por distintas enfermeras del área de salud SESCAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha), es la siguiente:

*De 0 a 6 meses:

- La alimentación del bebé en sus primeros seis meses de vida, debe de ser únicamente leche, preferiblemente leche materna y en su defecto leche de fórmula de inicio o tipo I para lactantes.
- La lactancia materna durante al menos el primer mes, será a demanda, no hay que forzar el horario de las mismas, las tomas se irán espaciando a medida que el bebé crezca, ya que este se autorregulará.
- No siempre que el bebé llora significa que tiene hambre.
- El número de biberones al día, como la cantidad de leche que el bebé tomará en cada toma, será diferente en cada lactante según la demanda, porque no hay normas fijas, aunque puede ajustarse a las siguientes recomendaciones:
- 1ª semana: 30-60 ml por toma y a demanda.

- 2ª semana: 90 ml por toma y 7-8 tomas.
- 3ª y 4ª semana: 90-120 ml por toma y 6-7 tomas.
- 2º mes: 120-150 ml por toma y 7 tomas.
- 3º mes: 180 ml por toma y 6-7 tomas.
- 4º-5º mes: 180-210 ml por toma y 5-6 tomas.
- 6º mes: 240 ml por toma y 4 tomas.
- Se debe agregar la cantidad exacta de la leche en polvo al agua contenida en el biberón (cacito raso de leche en polvo por cada 30cc de agua). El aumento de cantidad siempre será de 30cc en 30cc (30cc de agua, 1 cazo de leche, 60cc de agua, 2 cazos de leche, 90cc 3 cazos de leche, etc.).
- Es importante seguir una correcta esterilización y limpieza del biberón.

*De 6 a 12 meses:

El momento idóneo de introducir nuevos alimentos, es a partir del 6º mes de vida, no se realiza antes por las siguientes razones:

- La leche materna sería desplazada por otros alimentos de inferior calidad menos nutritivos para el correcto desarrollo del bebé.
- El inicio antes de los 4 meses aumenta el riesgo de alergias y obesidad.
- Debido al desarrollo madurativo de los bebés, son incapaces de digerir ciertos alimentos.
- Se pueden producir enfermedades diarreicas y de malnutrición por el contacto con patógenos microbianos.
- Los nuevos alimentos se introducirán de manera progresiva y en pequeñas cantidades.

A pesar de introducir nuevos alimentos, durante el primer año, la leche seguirá siendo el alimento más importante y se debe de ofrecer con preferencia antes del alimento nuevo. Los bebés que tomen leche de fórmula, se debe de cambiar por la adaptada de continuación más rica en hierro y una vez que se haya introducido el gluten a los 6-7 meses.

En estos rangos de meses, se deben de introducir los siguientes alimentos:

- Cereales sin gluten: Añadir al principio 1 o 2 cacitos a la leche materna o de fórmula o agua y en días sucesivos añadir más cacitos hasta que se lo pueda tomar en forma de papilla con cuchara. Dar dos tomas de cereales en el día, por la mañana y noche.
- Frutas: Posteriormente, se introducirá la fruta sin miel, ni azúcar, ni edulcorantes, únicamente dar plátano, naranja y manzana, se dará en papilla o en trozos adaptados al bebé.
- Verduras: comenzar con puré de patata y zanahoria y añadir una cucharada de aceite de oliva virgen crudo, de manera progresiva añadir puerro, verde, cal-

abacín, cebolla, calabaza. Las espinacas, acelgas, coles, remolacha y nabos introducir a partir de los 12 meses por un exceso de nitritos.

- Carne: pollo, pavo, conejo y ternera retirando la piel y grasa (20-30 g/día al principio, luego 30-40 g/día). A partir del 9º mes se puede introducir el cordero y cerdo en el puré de verduras, nunca la carne de caza.
- Huevo: introducirlo cocido comenzando con 1/2 yema y una vez tolerada la yema, comenzar con la clara cocida en pequeñas cantidades.

716

- Pescado: debe ser blanco y ultracongelado o congelarlo 5 días si es fresco (20-30 g/día al principio, luego 30-40 g/día).
- Legumbres: deberán de estar bien trituradas, ya que la piel no se digiere hasta los 2 años.
- A partir del 9º mes se puede introducir yogur natural sin azúcar y queso tierno sin sal.
- El agua es indispensable y, si está bien controlada, se puede consumir del grifo. La introducción de alimentos se hará de manera progresiva, no administrar más de un alimento al día, y se esperará de 3 a 5 días para introducir otro nuevo alimento para poder así detectar posibles reacciones adversas y para que se vaya familiarizando con sabores y texturas. Nunca dar a probar un nuevo alimento por la noche. La sal y azúcares que contienen los alimentos, es suficiente y no se añadirá más.

Entre el 7º y 9º mes, aunque no posean dientes, comenzarán con movimientos de masticación, por lo que se pueden añadir alimentos que requieran una masticación suave como alimentos blandos enteros. Hay más riesgo de atragantamiento si introducimos el alimento en la boca al bebé y menos si es él el que lo hace por sí mismo, irá aprendiendo a usar la cuchara y sustituirá el biberón por el vaso, aunque al principio usará las manos para comer, perderá el interés por los alimentos si no se le deja mancharse ni experimentar.

Orientación de las comidas a lo largo del día:

- Desayuno: Leche materna o fórmula adaptada y cereales (200-250 ml/toma).
- Comida: Puré de verduras y carne.
- Merienda: Puré de frutas y leche materna o fórmula adaptada.
- Cena: Leche materna o fórmula adaptada y cereales. Algunos días de la semana se le puede ofrecer un puré ligero de verdura y carne.
- 5ª toma: Sobre las 23 horas se puede dar leche materna o fórmula adaptada.

*De 12 a 36 meses:

- La leche de vaca se puede introducir a partir de los 12 meses de edad, aunque se puede mantener la leche materna o de continuación hasta los 2 años.

- Pescado azul pequeño sin espinas en la misma cantidad que la carne (30-40 g/día), evitar el consumo de pez espada, emperador, salmón, cazón y atún hasta los 3 años.
 - A los 2 años, debe de comer casi lo mismo que los adultos.
 - En esta etapa es fundamental la educación, ya que a partir de los 2 años hay una disminución fisiológica del apetito porque la velocidad de crecimiento disminuye y se vuelven selectivos y caprichosos con ciertos alimentos.
 - Alimentos a evitar: frutos secos enteros, uva enteros, aceitunas enteras, porque aumentan el riesgo de atragantamiento, también se deberá de evitar alimentos con sal como gusanitos, salchichas, embutidos, conservas, miel y azúcar añadida en galletas, chocolates, bollería, natillas, flanes, chucherías, mariscos y pescados de gran tamaño, té, zumos industriales y refrescos.
- Orientación de las comidas a lo largo del día:
- Desayuno: Papilla o leche con cereales.
 - Comida: Se irá acostumbrando de forma progresiva a la comida familiar como purés de verduras o carne, legumbres, pasta, los arroces, los guisos. Carne o pescado en trozos pequeños, tortillas.
 - Postre: leche/yogur o fruta.
 - Merienda: Fruta, jamón o queso en trozos pequeños, yogur, bocadillos.
 - Cena: Se debe dar preferencia a las verduras, los cereales y las frutas. Leche con/sin cereal.

5 Discusión-Conclusión

- Las múltiples e importantes recomendaciones basadas en la investigación para una alimentación sana, correcta y equilibrada durante la edad pediátrica, son dadas por las enfermeras/os a los padres de los bebés o niños/as, convirtiéndoles así en profesionales altamente capacitados y preparados para detectar problemas, prevenir enfermedades y promocionar una adecuada salud con un crecimiento y desarrollo óptimo del recién nacido.
- Es muy importante seguir las recomendaciones del colectivo de enfermería y no guiarnos por experiencias propias.
- Tanto es la implicación y el conocimiento del colectivo de enfermería sobre el tema de alimentación en la edad pediátrica, que ha creado y ofrece guías actualizadas y ofertadas de manera clara y detallada de gran utilidad a los padres de los lactantes y niños desde el mes 0 al 6º mes donde la lactancia, la materna como primera elección y si no es posible, la adaptada de inicio, debe de ser la alimentación exclusiva, también desde el 6º mes al 12º mes donde indican alimentos

a incorporar manteniendo la leche materna o ya de continuación como alimento primordial y desde el mes 12 hasta los 36 meses donde se debe de conseguir una alimentación similar a la del adulto evitando ciertos alimentos.

- A pesar del gran trabajo de enfermería, aún queda camino por conseguir, ya que a pesar de que la evidencia científica actual, demostrada por numerosos estudios, recomienda la lactancia materna o de fórmula adaptada exclusiva hasta los 6 meses de edad y a partir de ahí el inicio de la alimentación complementaria, algunos profesionales y población en general, no siguen estas pautas actuales y se guían de información desactualizada de la antigüedad y por el “boca-boca” de experiencias personales aumentando así el número de enfermedades y riesgo de atragantamientos al no respetar la edad y desarrollo madurativo y neurológico del niño.

6 Bibliografía

1. Jiménez Ortega AI, Martínez García RM, Velasco Rodríguez-Belvis M, Ruiz Herero J. De lactante a niño. Alimentación en diferentes etapas. Nutrición Hospitalaria. [revista en Internet] 2017 [Acceso 4 de Julio de 2023]; 34(4):[1699-5198]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112017001000002&script=sci_arttext&tlng=en.
2. Learte Álvarez MA, García Nieto V, de Antonio Ferrer L, Dalmau Serra J, Ferrer Lorente B, de Miguel Durán F et al. Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria. Pediatría Integral. [revista en Internet] 2015 [Acceso 4 de Julio de 2023]; XIX(4):[233-293]. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/07/Pediatría-Integral-XIX-4_WEB.pdf#page=36.
3. Borja Herrero C, Iglesias Benito M, Ortega Quillis A, Galdón Tornero S, Garrigós Ferrando A. Actualizando la evidencia sobre las recomendaciones de enfermería en la “alimentación complementaria”. Enfermería Integral. [revista en Internet] 2016 [Acceso 5 de Julio de 2023]; (114):[57-62]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126219>.
4. Consejería de Sanidad, Área Sanitaria de Toledo. Recién Nacido. 6 de julio de 2023]. <https://toledo.sanidad.castillalamancha.es/>.

Capítulo 87

QUÉ HACE EL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UNA SALA DE OPERACIONES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

EVA LOPEZ AGUDO

ROBERTO PARDO PARDO

JOSE ANTONIO CACERES LORENTE

RICARDO BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ

JUAN JOSE CHACON BELMAR

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió quirófano como “sala de operaciones donde dichas instalaciones cuentan con diversos sectores que albergan todo lo necesario para el desarrollo de una cirugía y para afrontar sus posibles consecuencias, incluyendo complicaciones que deriven de la intervención”.

La asepsia, esterilidad y limpieza, son conceptos fundamentales en quirófano que han ido cambiando y mejorando a lo largo de la historia gracias a los avances científicos en investigación, tal es el punto que se ha conseguido disminuir considerablemente las complicaciones derivadas de una inadecuada asepsia.

Quirófano se trata de un área especial, ya que posee unas características en concreto, material específico, protocolos y normas diferentes a las de otras unidades

debido a la complejidad en el abordaje de las técnicas y situación crítica en el paciente cuya mala praxis puede dar lugar a consecuencias negativas y fatales para la salud del paciente, es por ello que está formado por un equipo multidisciplinar especializado altamente formado y capacitado.

El equipo multidisciplinar está formado por cirujanos, anestesistas, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), celadores, personal de limpieza, administrativos, etc. El colectivo enfermero ha demostrado ser una pieza clave en el desarrollo de la actividad en quirófano, no solo se limita al desarrollo de la intervención quirúrgica junto con el cirujano, sino que su labor va más allá y así lo lleva demostrando desde muchos años atrás, ya que gracias a sus contribuciones e investigaciones científicas, han aportado datos muy relevantes y utilizados hoy en día para evitar complicaciones de la intervención quirúrgica realizada en quirófano. Tanto es así, que la enfermera Florence Nightingale en 1854, aportó unas simples reglas de higiene y asepsia que mejoró notablemente la situación en poco tiempo.

Las enfermeras/os debido al contacto más continuo y cercano hacia los cuidados de los pacientes y uso de dispositivos y técnicas invasivas, han demostrado una gran implicación en la humanización de los cuidados y en la correcta asepsia y esterilidad en quirófano. Se encargan de realizar un abordaje integral dado a su excepcional trato hacia el paciente desde el preoperatorio hasta el postoperatorio proporcionando apoyo y disminuyendo el estrés del paciente, realizando un estudio exhaustivo del estado de salud del paciente a través de la historia clínica, realizando los cuidados previos, los intraoperatorios y los posteriores a la intervención, manteniendo el orden y la esterilidad de quirófano y el instrumental, preparando el material necesario y que se encuentre en perfecto estado.

2 Objetivos

- Describir las funciones que posee enfermería en quirófano.
- Conocer la importancia de la asepsia y esterilidad en quirófano y la implicación de enfermería.

3 Metodología

Para la realización de la revisión bibliográfica de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva de libros y de diferentes artículos de investigación publicados en diferentes bases de datos científicas como son: Google académico, publicaciones incluidas en bibliotecas virtuales y en sitios web oficiales.

4 Resultados

La Association of Operating Room Nurses (AORN), afirma que “la enfermera perioperatoria es aquella enfermera que acompaña al enfermo quirúrgico a lo largo de todo el proceso perioperatorio (preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio) de una intervención quirúrgica o un proceso invasivo”

Las enfermeras/os de quirófano, son especialistas que se ocupan de la preparación tanto física como emocional de los pacientes ante una intervención quirúrgica. Nuestra implicación también va hacia los familiares que debemos de calmar y aliviar cualquier duda o temor en la manera posible dentro de nuestras competencias.

Dentro de quirófano, normalmente hay dos enfermeras cuyas funciones hacen que se dividan y diferencien en enfermera instrumentista y enfermera circulante. La enfermera instrumentista, va a formar parte del equipo estéril y tienen acceso exclusivamente al campo y material estéril, y la enfermera circulante, va a formar parte del equipo no estéril quien no tienen acceso a la zona estéril, trabajan alrededor de dicha zona encargándose de proporcionar el material estéril y una atención directa al paciente estando preparados ante cualquier complicación.

- Funciones comunes de ambas enfermeras/os:
 - Realizar una revisión de la historia clínica del paciente, comprobado que es correcta, está completa, las alergias que posee el paciente, y sus antecedentes personales.
 - Evaluar y valorar el estado del paciente antes de la intervención solventando dudas y tranquilizando al paciente.
 - Comprobar la correcta preparación del paciente antes de la intervención: ayunas, correcta higiene, medicación pauta administrada y/o tomada, rasuración realizada, ausencia de prótesis, joyas, esmaltes, etc.
 - Verificar que el consentimiento informado de la intervención quirúrgica, esté informado, leído y firmado.
 - Encargarse de rellenar el check list o verificación de seguridad quirúrgica antes de comenzar la intervención.
 - Mantener el quirófano antes de la llegada el paciente ordenado, limpio y con el material a utilizar preparado incluidos los implantes quirúrgico con las tallas o numeraciones que se le vaya a implantar al paciente según orden médica.
 - Comprobar que el material funciona correctamente antes de la llegada del paciente (respiradores, monitores, bombas de infusión, aspiradores, laringoscopio...).
 - Preparación y administración de la medicación y anestesia pauta por los médi-

cos, preparación de los sondajes, vías venosas y arteriales que se le vaya a poner y canalizar al paciente.

- Preparar el campo estéril manteniendo la adecuada asepsia para evitar la colonización del paciente dando lugar a infecciones nosocomiales y con ello posibles consecuencias graves para el paciente.
- Colaboración en el traslado del paciente a la mesa de operaciones del quirófano, en la posición quirúrgica y en el traslado a la unidad de recuperación postanestésica (URPA) o unidad de cuidados intensivos (UCI), según requiera su recuperación. Se informará a la enfermera de la URPA o UCI del proceso quirúrgico, las complicaciones surgidas, el tipo de anestesia, el estado del paciente, vías canalizadas, drenajes, transfusiones, medicación administrada, etc.
- Monitorizar al paciente, controlar las constantes vitales del paciente antes, durante y después de la intervención.
- Ser parte de la docencia del área quirúrgica colaborando como equipo multidisciplinar para estar correctamente actualizado en técnicas e información científica relevante para el paciente a favor de su salud.
- Funciones del enfermero/a circulante:
 - Colaboración con el anestesta en la administración de medicación, inducción a la anestesia e intubación y en la canalización de catéteres venosos y arteriales.
 - Lavado de manos con agua y jabón simple o con preparados de base alcohólica específicos según las recomendaciones de la OMS, una Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, “una atención limpia es más segura” con sus “5 momentos para la higiene y de un procedimiento limpio/aséptico.
 - Se realiza la preparación de la piel a intervenir realizando el correcto lavado y desinfección con antisépticos con preparados de clorhexidina jabonosa, paso muy importante para evitar la colonización de diversos patógenos como bacterias, hongos... y con ello las posibles complicaciones postoperatorias en el paciente. Luego el cirujano, una vez estéril, realiza una segunda desinfección de manos” con el eslogan de “Salva vidas: límpiate las manos”, siendo uno de esos momentos antes del contacto con el paciente de la zona a intervenir.
 - Verificar que la posición quirúrgica, fijaciones, medias de compresión, calentador y almohadillas están correctamente colocadas para evitar lesiones.
 - Comprobar que la mesa quirúrgica está en posición adecuada según la zona a intervenir, la posición quirúrgica del paciente y la ubicación del equipo profesional estéril.
 - Colocación de la placa de bisturí y conexión de todos los equipos a la red eléctrica cuando la enfermera instrumentista nos pase los extremos distales de los cables a conectar.

- Verter todo el material y caja de instrumental de manera estéril a la mesa quirúrgica una vez que la enfermera instrumentista haya desdoblado y colocado el campo estéril, comprobar que se encuentre todo el material a utilizar.
- Se ayudará a la enfermera/o instrumentista y cirujanos al cierre de batas estériles.
- Se aportará a la enfermera/o instrumentista el material, implantes e instrumental necesarios durante la intervención.
- Se colocarán los cubos de residuos en lugar apropiado para que la enfermera/o instrumentista pueda desechar lo que ya no se necesite.
- Anotará el número de compresas y gasas utilizadas.
- Cumplimentará el vale de reposición del material implantado.
- Preparará los contenedores para la recepción de las muestras extraídas durante la intervención, las identificará correctamente e enviará al destino apropiado: microbiología, laboratorio, anatomía patológica...
- Se mantendrá el quirófano recogido, procurando que los residuos vayan a sus depósitos correspondientes.
- Participará junto al enfermero instrumentista, en el recuento de instrumental, gasas y compresas.
- Se retira la placa de bisturí del paciente al terminar la intervención.
- Se recoge el campo estéril e instrumental colaborando con la enfermera/o instrumentista.
- Se prepara al paciente al finalizar la intervención para el traslado a la unidad correspondiente y se ayuda al anestesista a extubar al paciente o a conectarle al respirador de traslados.
- Funciones del enfermero/a instrumentista:
 - Lavado de manos quirúrgico, que consiste en el lavado de manos con agua y jabón antimicrobiano antes de las operaciones o procedimientos invasivos cuya duración será aproximadamente de 5 minutos y cuyo objetivo será inhibir la suciedad, materia orgánica, flora transitoria o contaminante y flora residente siendo difícil eliminar con un lavado normal rutinario de manos. Este primer paso, es muy relevante ya que un gran número de publicaciones científicas, coinciden en que es la recomendación más importante para salvar vidas ya que evitan infecciones nosocomiales.
 - Colocación de elementos barrera, aunque la recomendación más fuerte para la prevención de infecciones nosocomiales ha sido el lavado de manos, también se recomienda el uso de elementos barrera para prevenir las infecciones por la contaminación de la ropa, gotas o fluidos: Gorro, mascarillas, protectores oculares bien gafas o pantallas, (éstos se pondrán antes del lavado de manos) y guantes

y batas estériles que se pondrán después del lavado de manos con ayuda de la enfermera instrumentista u otro miembro del equipo que no se encuentre estéril.

- Se desdobra el paquete de intervención, se visten las mesas de quirófano y las mesas auxiliares y se coloca todo el material estéril que ha sido dado por la enfermera circulante, se comprueba que esté todo lo que se necesita para la intervención y su correcto funcionamiento y que la mesa se encuentre en posición adecuada según el sitio de acceso a la intervención del paciente.

- Verificación de la correcta colocación de la placa de bisturí eléctrico.

- Se coloca el material estéril de las lámparas quirúrgicas para que los cirujanos/as durante la intervención las puedan manejar dirigiendo el haz de luz hacia la zona a intervenir.

- Se coloca al alcance de la enfermera circulante los terminales distales del bisturí eléctrico, aspirador.. y todo aquello que deba de enchufar a la corriente eléctrica.

- Se ayuda a los cirujanos/as a colocarse los elementos barrera estériles (guantes y bata).

- Se abre el kit y la caja de instrumental estéril de la intervención pasando de la forma adecuada el instrumental que nos pida el cirujano/a para que según lo coja de nuestras manos lo pueda utilizar y no tenga que maniobrar, siguiéndole con atención en toda la intervención para reaccionar con rapidez ante imprevistos.

- Se pedirá a la enfermera circulante el material e instrumental necesario y se le aportará los fluidos o muestras extraídas para enviar o a laboratorio, anatomía patológica o microbiología dependiendo de lo que se trate.

- Colaborar con la enfermera circulante en el conteo de compresas y gasas y en la detección y actuación de cualquier complicación a través de las constantes vitales...

- Mantener en todo momento la esterilidad y limpieza del instrumental limpiándolo al ser utilizado o desechándolo o intercambiándolo por otro si es necesario y no tocando los materiales no estériles siendo necesario volver a cambiar los elementos barrera si ello sucede. También se debe de vigilar que ningún miembro del equipo rompa la barrera estéril poniendo medios para solucionarlo si ello ocurre. La enfermera instrumentista posee un contacto muy directo con el instrumental que se va a utilizar en la intervención y con las cavidades del paciente, tanto en la preparación como en la utilización, es por ello que es el miembro más importante del equipo en la prevención de las infecciones nosocomiales llevando a cabo un correcto uso.

- Realización de un recuento final de agujas e instrumental que debe de coincidir con el recuento que había al principio para evitar que no se haya quedado nada dentro de la cavidad del paciente y favorecer su seguridad.

- Para finalizar, se hará una limpieza de la herida quirúrgica y aplicación de anti-séptico.
- Se cubre la herida con apósito estéril y colaborar en la colocación de vendajes.
- Se organiza, clasifica e identifica el instrumental una vez que se ha lavado por las auxiliares de enfermería y se envía al servicio de esterilización correctamente empaquetado.

El último EPINE ,(Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España), en 2022, muestra que las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria más frecuentes son las infecciones quirúrgicas en un 21,29%, porcentaje menor que en el estudio EPINE 2019-2020 cuyo porcentaje se situaba en un 26,25%.

La OMS y el Sistema Nacional de Salud, han incluido estrategias de seguridad a llevar a cabo en todos los centros sanitarios con una serie de normas a seguir para disminuir significativamente las infecciones, son los llamados Proyectos Zero, en este capítulo nos centramos en los proyectos de infección quirúrgica Zero, que deben de seguir todo el equipo sanitario, en especial las enfermeras, por su contacto directo con los pacientes e instrumental y técnicas, en todos lo ámbitos pero sobre todo en quirófano al ser el lugar con mayor riesgo y frecuencia donde se desarrollan dichas infecciones.

- Proyecto infección quirúrgica Zero:
 - Ambiente aséptico y material estéril para las intervenciones quirúrgicas.
 - Antibióticos profilácticos cuyo tiempo antes de la incisión debe de ser menor a 60 minutos.
 - Higiene de la piel como máximo 12 horas antes de la intervención.
 - Utilizar para la preparación de la piel, friccionando, clorhexidina alcohólica al 2% dejando secar dos minutos.
 - Eliminar el vello con maquinilla eléctrica, en menos de 12-16 horas antes de la intervención y sólo si es necesario.
 - Las curas, realizar con técnica estéril.
 - Vigilar y mantener la normoterapia y normoglucemia antes, durante y después de la intervención.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermeras/os son una pieza fundamental en quirófano debido a sus numerosas funciones desde su primer contacto con el paciente en el preoperatorio, aportando confianza y disminución del estrés, estudiando su historia clínica, etc., durante la intervención, aportando esterilidad y asepsia en todas sus acciones y

evitando complicaciones y en el post-operatorio acompañando al paciente a la unidad correspondiente y vigilando las posibles complicaciones tras la intervención realizando así un abordaje integral.

Gracias a la implicación de enfermería en la humanización de los cuidados en quirófano, se evita que la atención en quirófano sea fría e impersonal al conseguir que todo el equipo multidisciplinar, vea más que una enfermedad o un caso clínico, una persona con una serie de preocupaciones, creencias, miedos y valores y no centrarnos solo simplemente en el problema de salud mediante la intervención quirúrgica y técnicas, como sucedía en el pasado.

6 Bibliografía

1. Martínez Jiménez C, Cuervas-Mons Finat M. La enfermería en la prevención de las infecciones nosocomiales. Revisión bibliográfica. Universidad de Valladolid; 2017. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/28041/TFGO%>.
2. Sbardella A. National Geographic. Historia. Florence Nightingale, la heroína de los hospitales [sedeWeb]. [actualizada el 5 de Mayo de 2023; acceso 11 de julio de 2023]. Disponible en: https://historia.nationalgeographic.com.es/a/florecenightingale-heroina-hospitales_14173.
3. Delgado Lozano C, Barquero Guerrero M, de la Paz, García Haro A. Protocolo de enfermería: preparación del quirófano y acto quirúrgico para ligamentoplastia de ligamento cruzado anterior. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0775.pdf>.
4. Sociedad Española. Medicina Preventiva, salud Pública y Gestión Sanitaria. Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España (EPINE). Informe España. Prevalencia de infecciones (relacionadas con la asistencia sanitaria y comunitarias) y uso de antimicrobianos en hospitales agudos. 2022 [fecha de elaboración 1 de Diciembre de 2022; acceso 12 de julio de 2023]; (32). Disponible en: <https://epine.es/api/documento-publico/2022%20EPINE%20Informe%20Espa%C3%B1a%2020221201.pdf/reports-esp>.
5. Fadrique Casero M. Enfermería en Quirófano. Universidad de Valladolid: 2014/2015. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/12058/TFG-H324.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Capítulo 88

ENCEFALOPATÍA DE SÍNDROME NEUROLÓGICO Y LA FUNCIÓN DE ENFERMERÍA.

NIEVES TENA DEL POZO

EVA GARCÍA RODRÍGUEZ

CARLOTA SERRANO LÓPEZ

MARÍA SIMÓN CABRERA

ESTEFANIA MUÑOZ OÑATE

1 Introducción

El síndrome de Wernicke-Korsakoff es un cuadro neurológico que es ocasionado debido a un déficit de la vitamina B1“tiamina”, dando lugar a que no pueda llegar suficiente energía al cerebro. En la mayoría de los casos está asociado a pacientes alcohólicos crónicos, en donde la Encefalopatía de Wernicke corresponde a la fase aguda (en donde aparece con alteraciones oculares y ataxia) y la psicosis de Korsakoff asociado a la crónica (que está manifestada con un déficit de memoria que les incapacita para poder realizar una vida social normal). La encefalopatía de Wernicke causa daño cerebral, principalmente en las partes bajas del cerebro; concretamente en el hipotálamo y en el tálamo; sin embargo, en la psicosis de Korsakoff se basa en el daño continuo a aquellas zonas del cerebro que están directamente relacionadas con la memoria.

Si se lleva a cabo la suspensión del consumo del alcohol, podemos llegar a conseguir prevenir la pérdida de daño a los principales nervios y también a ciertas funciones cerebrales.

Los principales síntomas que se pueden empezar a manifestar serían: dificultad para mantener una adecuada coordinación o una marcha estable, atrofia y debilidad muscular; así como hipotensión, taquicardia o pueden verse afectados los reflejos, siendo estos disminuidos anormales.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir los aspectos básicos a tener en cuenta en el Síndrome de Wernicke-Korsakoff y sus cuidados por parte 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 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

Con respecto a esta patología se ha demostrado que se puede diagnosticar midiendo los niveles de tiamina en sangre, con tomografía computarizada o con resonancia magnética; ya que se ha visto que tiene una mayor sensibilidad para poder detectar la atrofia en este tipo de patología.

Con respecto al tratamiento, se ha observado que si el grado de obnubilación es muy elevado puede llegar a desembocarnos al coma y las principales prioridades a destacar serían: comprobar y mantener la vía aérea permeable, asegurarnos la función ventilatoria y una correcta oxigenación en todo momento; si fuera preciso coger una vía intravenosa. Si se tiene cualquier sospecha de este síndrome administraremos tiamina IV/IM durante 5 días. Se recomienda la administración conjunta de sulfato de magnesio cuando se diagnostica o sospecha, ya que se han observado casos de fracasos terapéuticos en casos de hipomagnesemia.

La vitamina B1 se puede suministrar de diferentes formas, ya sea a través de una inyección intramuscular o de una inyección intravenosa, pero es importante

saber que no nos va a ayudar a mejorar la pérdida de la memoria y de la capacidad intelectual que se ha producido durante la psicosis de Korsakoff.

La suspensión del consumo de alcohol puede ayudar a prevenir aquella pérdida adicional de las funciones cerebrales y el daño a los nervios. Es recomendable llevar a cabo una dieta nutritiva y bien equilibrada para poder ayudarnos, pero sin olvidar en ningún momento que esto no es la única solución y no es un sustituto para dejar totalmente el consumo de alcohol o tóxicos. De ahí, destaca la importancia de tener una disciplina y una correcta educación sobre el tema y llevar a cabo una vida controlada.

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que la mayoría de las personas afectadas con esta patología coinciden con personas que son frecuentemente bebedoras de alcohol (siendo generalmente la cerveza la principal bebida), ya que a su vez el alcohol dificulta la absorción de tiamina de la dieta. Destacamos la importancia que tiene llevar a cabo un correcto tratamiento que nos pueda asegurar un mayor control de los síntomas y evitar que podamos tener recaídas o un empeoramiento de la enfermedad y seguir unas recomendaciones básicas que garanticen un mayor control de esta patología y tener cierta regularidad para conseguir dicho control sobre ella.

6 Bibliografía

1. MedlinePlus. Síndrome de Korsakoff [Internet]. EE.UU: MedlinePlus 2011 [citado 29 Sep 2015]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000771.htm>.
2. Joseph V, Campellone MD. Síndrome de Wernicke-Korsakoff [Internet]. Estados Unidos: Editorial team; 2014 [actualizado 24 Feb 2014; citado 9 Sep 2015]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000771.htm>.

Capítulo 89

LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN EN PACIENTES POR PARTE DE ENFERMERÍA.

NIEVES TENA DEL POZO

EVA GARCÍA RODRÍGUEZ

CARLOTA SERRANO LÓPEZ

MARÍA SIMÓN CABRERA

ESTEFANIA MUÑOZ OÑATE

1 Introducción

A lo largo de los tiempos se ha ido mejorando la salud de las personas gracias a dos grandes avances y a las medidas de la sanidad que han ayudado a acrecentar la esperanza de vida: la potabilización del agua y la vacunación.

En 1796 Edward Jenner fue el que dio los primeros pasos con la vacuna de la viruela, aunque no fue hasta el año 1880 cuando se reveló y descubrió la vacuna contra la rabia de la mano de Pasteur, al que llamaron y es conocido como el padre de la vacunología.

En el caso de los recién nacidos, diversos estudios han demostrado que la madre anterior al nacimiento, a través de la placenta, le transmite protección contra los microbios que le causan la enfermedad, esta protección durara unas semanas. Tras un mínimo periodo de tiempo, esta protección desaparece.

Las vacunas son concretadas como preparaciones que se administran a los individuos para poder generar inmunidad activa y duradera contra una enfermedad, cuando esta se administra el sistema inmunológico se activa y reconoce el antígeno, entonces este le activara a la producción de anticuerpos contra lo que él interpreta como la enfermedad.

Es por esto, que si la persona en algún momento de su vida entrara en contacto con ese organismo contra el cual ya ha sido vacunada, las defensas que se generan por haberse puesto la vacuna la tendrían protegida para evitar la enfermedad o harían que esta fuera más leve en cuanto a sintomatología.

Lo más habitual es administrarlas mediante las inyecciones, aunque algunas sean por vía oral. En muchos de los casos son necesarias varias dosis para llegar a conseguir que el efecto protector se mantenga por los años.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la importancia de la vacunación.

3 Metodología

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

4 Resultados

El objetivo y el fin de la vacunación no es otro que el de reducir la mortalidad y morbilidad de las enfermedades que se pueden prevenir a través de estas, en los niños menores de 5 años, mujeres en edad fértil y los grupos de riesgo. Debemos de promocionar y sensibilizar a la gente con este tema y que consigan ver la vital importancia de lograr una inmunización completa a lo largo de la vida.

A grosso modo y en lenguaje comprensible para la población no sanitaria, expresaremos que son medicamentos biológicos que, si los administramos a personas que están sanas, estas activan y producen unos anticuerpos que de alguna manera actúan protegiéndole por si en un futuro tiene un contacto con ese agente

infeccioso y así poder evitar la infección o la enfermedad.

Los padres tienden a la sobreprotección de sus hijos y sobre todo a intentar evitarles cualquier tipo de sufrimiento o dolor, pero en este caso cualquier llanto o posible pequeño dolor en la zona de la vacuna por parte del niño no es nada en comparación con las graves complicaciones y consecuencias que pueden llegar a derivar de las enfermedades que las vacunas previenen.

Como ya expusimos anteriormente, no solo se administrarán a recién nacidos o niños, sino que también a personas adultas, ya sea para los refuerzos o por un determinado grupo de riesgo, como es el caso por ejemplo de la vacuna de la gripe, que es fundamental en determinados grupos. Esta es totalmente gratuita y se administra en todos los centros de salud, los meses en los que se suele poner son entre octubre y noviembre, ya que es más probable contraer la enfermedad en esa época. Está especialmente dirigida a personas que tienen un alto riesgo de complicaciones en caso de llegar a padecerla.

Como pueden ser las personas mayores de 65 años, mujeres embarazadas, adultos y niños que padecen enfermedades crónicas u obesidad, personas que conviven con personas de alto riesgo, niños y adolescentes (de entre los 6 meses y los 18 años) que hayan recibido tratamiento con ácido acetilsalicílico durante un periodo largo de tiempo, personal de centro sanitario y social, así como personal en prácticas, trabajadores de servicios públicos esenciales como, policías, bomberos, y este actualmente se da comienzo con la administración a bebés prematuros mayores de 6 meses y menores de 2 años.

Es demasiado transcendental en los niños respetar siempre el calendario obligatorio de la vacunación, ya que el no vacunarlos hace peligrar, como hemos explicado, no solo su salud sino también la de toda la población. Si dejáramos de vacunar a los niños, las enfermedades que ya están controladas y que ya tenemos casi olvidadas volverían otra vez a resurgir y aunque son muy pocas las que tendrían índices de mortalidad, sí que muchas conllevarían un peligro importante de padecer otras asociadas.

No se nos debe de olvidar que las vacunas son herramientas sanitarias que previenen enfermedades, y que establecen una de las medidas sanitarias que han originado más beneficio y que hoy en día siguen produciendo a las personas, nos previenen de enfermedades que antes nos podían causar grandes secuelas, epidemias e incluso la de llegar a la muerte. Con ellas hemos conseguido erradicar la viruela. El sarampión ha dejado de ser una problemática y los casos de difteria han desaparecido, la tosferina, tétanos, hepatitis B y meningitis meningocócicas ya están controladas.

Si una cosa debemos de tener muy clara es que las vacunas nos aportan muchos

beneficios, han conseguido salvar millones de vidas a lo largo de los años, muy poca gente se acuerda ya de la viruela, la cual está erradicada hace muchos años, o la rubeola y el sarampión ya eliminados de muchos países. Es importante protegernos y la protección de las personas que nos rodean, ya que estar en contacto con mucha gente vacunada hace que las pocas personas que no lo están se sientan también protegidas, a esto se le conoce como la inmunidad comunitaria.

En la actualidad existen muchos padres que son reacios a vacunar a sus hijos, pero lo que no saben es que los riesgos de vacunarse siempre serán con diferencia inferior a sus beneficios, con la vacuna ganamos protección y nos ahorramos de la enfermedad. Un evidente ejemplo fue el miedo a la vacuna triple vírica que comenzó por un artículo en una prestigiosa revista, esta llegó a sugerir una relación causa-efecto entre la vacuna y ciertos casos de autismo. Años después se notificó como un fraude.

No se debe poner en duda a los expertos y su profesionalidad, todo lleva un gran proceso detrás y desde luego solo se administra la vacuna una vez que está haya pasado unos largos y cuidadosos análisis realizados por científicos, médicos y profesionales dedicados al cuidado de la salud.

Un niño vacunado es un niño sano, fuerte y con muchas ganas de aprender (UNICEF). Tras las vacunas, en algunos casos pueden aparecer reacciones adversas como un pequeño eritema, un leve dolor en el área de la inyección, dolores musculares o incluso décimas de fiebre. Muy pocas veces se han presentado reacciones alérgicas de gravedad a alguno de sus componentes. La fiebre puede llegar en diversos momentos, según sea la vacuna administrada.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día somos conocedores de que ningún tipo de avance en medicina ha logrado salvar tantas vidas como lo hacen las vacunas, aunque hoy en día muchas son las personas todavía reacias para vacunar a sus hijos, ya sea por falsas creencias o por otro tipo de causas, el hecho es que, por la irresponsabilidad de estas personas, las enfermedades que ya creíamos erradicadas han vuelto otra vez a ser un problema en la sociedad. Es el caso del sarampión o la poliomielitis, son enfermedades muy poco frecuentes o ya casi inexistentes que están presentes en otras partes del mundo, pero, que nos seguimos vacunando porque no es difícil llegar a entrar en contacto con ellas, ya sea viajando al extranjero o cuando personas que no han sido vacunadas vienen a nuestro país.

En el caso del sarampión hace unos años era casi una enfermedad erradicada,

porque la cobertura vacunal es del 95 % estando a expensas el otro 5% expuesto de la protección que les brindan los vacunados, se hizo un seguimiento de esta enfermedad y se obtuvieron datos realmente alarmantes, vemos como en el 2004 se registraron 29 casos de sarampión, en el 2005 fueron 20 los casos. Pero ya en el año 2008 dio comienzo la moda o tendencia a la no vacunación y nos encontramos con 300 casos registrados, llegando en 2011 a más de 1300 casos, un dato a la par que alarmante muy preocupante.

Solo podemos suspender una vacuna contra un tipo de enfermedad, como es el caso de la viruela, si esta se ha eliminado por completo en todo el mundo.

Las vacunas más importantes para los niños son: hepatitis B, difteria, tétanos, tosferina, polio, meningococo C, neumococo, sarampión, la bacteria *Haemophilus influenza* tipo B, rubeola, paperas y el virus del papiloma humano (solo niñas).

Serían administradas a lo largo de su vida, aunque la gran mayoría serían en los primeros años de vida. Entre otras vacunas tenemos las no financiadas por el sistema nacional de salud (SNS), pero sí recomendables, que serían el rotavirus, el meningococo B en lactantes y tosferina en adolescentes. La tetravalente anti-meningocócica se considera de recomendación individual en ciertas circunstancias.

6 Bibliografía

1. Medline[Internet].España:02 de Diciembre 2019.Informacion general sobre vacunas. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002024.htm>.
2. Riojasalud. Internet: Gobierno de la Rioja ,03 de Diciembre 2019.Servicio Riojano de salud,la importancia de las vacunas. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/>
3. OMS. Vacunas y enfermedades prevenibles mediante vacunación. En: Dr Gilles Pomeroy and Dr Annelies WilderSmith. Viajes internacionales y salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad 2012.Madrid: Sanidad; 2012. PAG 111-188.
4. Asociación de enfermería comunitaria [internet].Valencia: Francisco Javier Pastor Gallardo; 2019. proyectoavatar. Disponible en: <http://proyectoavatar.enfermeriacomunitaria.org>
5. Kidshealth[Internet].DrNeil Izenberg,;1995[marzo 2019]. KidsHealth.org. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/fact-myth-immunizationsesp.html>

Capítulo 90

MANEJO POR ENFERMERÍA DEL DELIRIO EN UN PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

MARÍA SIMÓN CABRERA

ESTEFANIA MUÑOZ OÑATE

NIEVES TENA DEL POZO

EVA GARCÍA RODRÍGUEZ

CARLOTA SERRANO LÓPEZ

1 Introducción

El delirio es definido como una alteración aguda de la atención y el conocimiento basales, además de una percepción del entorno reducida. Se suelen asociar cambios cognitivos como por ejemplo déficit de memoria, lenguaje, desorientación, alteración de la habilidad viso-espacial o la percepción. Todo ello sin presentar una patología del sistema nervioso central previa.

Se desarrolla en periodos cortos de tiempo y su severidad tiende a fluctuar a lo largo del día.

Tiene un origen orgánico y es consecuencia de una patología de la que existen evidencias clínicas o analíticas, pudiendo ser una enfermedad médica, una intoxicación por drogas-tóxicos o un síndrome de abstinencia.

Es una complicación frecuente que aparece en las unidades de cuidados intensivos, pero que es infravalorada e infra diagnosticada.

Normalmente, se asocia el delirio a alucinaciones, sin embargo, estas se describen en menos del 40% de los casos. La alteración de la atención es uno de los criterios para el diagnóstico, pero se presenta más frecuentemente como una incapacidad para mantenerla, con distracciones por mínimos estímulos. Es frecuente también la alteración del ritmo del sueño, con empeoramiento de la severidad del delirio por la noche y mayor somnolencia por el día. Es común la desorientación en tiempo y espacio, así como un pensamiento desorganizado, déficit de memoria y alteraciones emocionales (ansiedad, tristeza, irritación).

Según las alteraciones psicomotoras se describen 3 tipos de delirio:

- Hiperactivo: Considerado como el prototipo, sus características son: inquietud, irritabilidad, lenguaje desordenado, agresividad, agitación. Suele ser más frecuente en cuadros de abstinencia del alcohol. Tiene el mejor pronóstico.
- Hipoactivo: Es el más frecuente, pero más difícil de diagnosticar; se caracteriza por retraimiento, falta de interacción, aplanamiento afectivo, apatía. Considerado de peor pronóstico.
- Mixto: Alterna ambos cuadros anteriores.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer e indicar las maneras de manejar el delirio en pacientes en la UCI.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos: Pubmed, Scielo y Cochrane seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han revisado protocolos implantados en una unidad de cuidados intensivos y se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente.

4 Resultados

El delirio se considera una experiencia angustiosa no solo para el paciente, sino también para la familia y los profesionales que están a su alrededor.

Se recomienda en primer lugar abordar el delirio de manera no farmacológica, como por ejemplo disminuir en la medida de lo posible el tiempo de ingreso en una unidad de cuidados intensivos, favorecer que haya luz ambiental en la habitación donde esté ingresado el paciente, si el paciente utiliza gafas o audífonos, proporcionárselos, no interrumpir su sueño nocturno, llamarle por su nombre... si estas medidas no funcionasen habría que iniciar un tratamiento farmacológico.

Las medidas no farmacológicas se consideran un elemento fundamental tanto para la prevención como para el manejo del delirio y deben ser aplicadas a todos los pacientes en las unidades de cuidados intensivos.

Una parte de la prevención consiste también en seguir un protocolo de manejo de analgesia, sedación y delirio, con monitorización y objetivos, evitando la sedación excesiva del paciente y conseguir un buen control del dolor.

Se evitarán drogas que favorezcan el delirio, como por ejemplo las benzodiazepinas, en especial administradas en perfusión continua, y los anticolinérgicos. Una vez diagnosticado el delirio, se reforzarán las medidas no farmacológicas, ya no como una prevención sino como un tratamiento.

Se utilizarán medidas farmacológicas solo para manejo sintomático, en caso de:

- Presentar alucinaciones, síntomas psicóticos, se emplearía fármacos como: Haloperidol, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona. No hay evidencia de que un tipo de antipsicótico sea superior a otro en el manejo del delirio en términos de efectividad o de efectos secundarios.
- En agitación-estrés se emplearán: alfa-2 agonistas (Clonidina, Dexmedetomidina).
- En delirium tremens: se debe administrar benzodiazepinas como primera opción y evitarlas en otro tipo de delirios.

5 Discusión-Conclusión

Se estima que más del 70% de los casos de delirio en las unidades de cuidados intensivos no son diagnosticados.

El pronóstico mejora tras un tratamiento precoz, así las últimas guías clínicas recomiendan para su detección precoz monitorizar el delirio cada 4 horas con la escala CAM-ICU (es la más específica) a todo paciente que tenga una puntuación de RASS mayor de -2 ya que la sospecha clínica de delirio no siempre es suficientemente específica. Con un RASS de -3 en pocas ocasiones se puede aplicar, puesto que muchos se quedarán dormidos durante la prueba, y no es aplicable

en RASS de -4 y -5.

La CAM-ICU está basada en los criterios diagnósticos de delirio de la DSM IV. Consta de 4 criterios, ordenados por prioridad, por lo que los realizaremos en orden. Para que la prueba resulte positiva, tres de cuatro criterios deberán ser positivos, de ellos obligatoriamente los dos primeros deberán ser positivos. En resumen, para una CAM-ICU positiva deberán ser positivos los criterios 1º, 2º y 3º o bien, 1º, 2º y 4º.

Los cuatro criterios son:

1. Cambio del estado mental del paciente
2. Inatención
3. Alteración del nivel de conciencia
4. Pensamiento desorganizado

6 Bibliografía

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

Capítulo 91

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE DIABÉTICO: PIE DIABÉTICO

M^a ELISABETH SERRANO MORA

MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ

LAURA TRUJILLO SERRANO

MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS

MARÍA APOLONIA BETETA BETETA

1 Introducción

Empecemos recordando lo que es la Diabetes. Es una enfermedad que afecta a los niveles de glucosa en el organismo. Estos niveles se encuentran altos. Para normalizar los niveles de glucosa en sangre esta la insulina, en el caso de la Diabetes está se ve afectada ya que no hay suficiente para “ayudar a la glucosa a entrar en las células” por lo tanto al glucosa de acumula aumentando los niveles en sangre. Si el individuo no la produce hablamos de Diabetes tipo I y en el caso de que el individuo ni la use ni la produzca de forma adecuada hablamos de Diabetes tipo II.

Los problemas en los pies de los pacientes con diabetes son muy comunes debido a la llamada Neuropatía Diabética que es el daño de los nervios por tener niveles altos de glucosa en sangre durante mucho tiempo esto también afecta a los vasos

sanguíneos de los pies. Esto va hacer que los síntomas que experimente un paciente con Pie Diabético son los siguientes: Hormigueo, entumecimiento, dolor, ausencia de sensibilidad, aparición de úlceras.

Otros factores que favorecen a la aparición del pie diabético son: Hipertensión arterial, Hipercolesterolemia...

El Pie Diabético es una afección muy grave ya que es círculo vicioso ya que el paciente al no sentir dolor o tener una disminución de la sensibilidad es muy probable que no se dé cuenta de que se ha hecho una herida en el pie si a esto le sumamos la afectación de los vasos sanguíneos va a tardar más en cicatrizar por lo tanto va a ser muy fácil la aparición de una infección, esta infección puede llegar a causar gangrena y como único tratamiento llegar a la amputación.

2 Objetivos

Conocer la actuación de enfermería en relación con el pie diabético.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 Pie Diabético es una de las patologías más frecuentes en los pacientes con diabetes. Las heridas que con mayor frecuencia aparecen son las úlceras, éstas pueden aparecer con infección o no, y la gangrena. También pueden aparecer la neuropatía de Charcot y el edema neuropático, pero estos casos aparecen con menor frecuencia.

El pie diabético como hemos dicho anteriormente se va a deber a diferentes factores: por la neuropatía y por la vasculopatía que estos pacientes padecen debido altos niveles de glucosa en sangre, además la infección hace que la situación progrese de forma grave llegando a la gangrena. La gangrena hace que el paciente llegue a situaciones inhabilitantes debido a las amputaciones que pueden presentarse y además de todo eso si la infección no llega a frenarse puede llegar a

producirse la muerte del individuo.

Es muy importante inculcar a los pacientes que ante cualquier signo como puede ser: un corte, ampolla o hematoma en los pies que no comienza a sanar en unos días, piel enrojecida, caliente o dolorida en sus pies, aparición de algún callo con sangre seca en el interior y/o infección del pie que se vuelve negra y huele mal (podría ser gangrena)...acudan a nosotros, ya que los problemas en los pies pueden desarrollarse muy rápidamente. Aquí juega un papel muy importante la formación del paciente además de un diagnóstico y tratamiento precoz y así evitar llegar a la amputación.

Vamos a clasificar las lesiones del pie diabético según el grado de afectación del pie:

Grado 0: El pie no presenta lesiones pero si un elevado riesgo de padecerlas (callos, durezas, grietas, fisuras, dedos en garra, dedos martillo, hallux valgus, neuropatía de Charcot, pie de atleta, perionixis...)

Grado I: Úlcera superficial (normalmente afecta a la superficie plantar o a las áreas de los dedos sometidas a elevadas presiones y talón.)

Grado II: Úlcera profunda (afecta al tejido subcutáneo, los tendones, los ligamentos y los músculos, pero sin llegar al hueso.)

Grado III: Absceso (inflamación aguda purulenta, delimitada, que destruye totalmente los tejidos donde se forma. Puede drenar al exterior o hacia una cavidad por medio de fistulas.), Osteomielitis (infección ósea de carácter purulento).

Grado IV y V: Gangrena (necrosis isquémica.)

La anamnesis y la inspección de los pies se harán en cada visita programada, pudiendo ser realizada tanto por el médico como por enfermería. Debe incluirse una valoración neurológica y vascular del pie diabético de forma anual.

En cada visita se ha de preguntar al paciente sobre la posible presencia de síntomas, como el dolor, la quemazón, los hormigueos o los calambres. También se le preguntará por síntomas de índole vascular como son: la claudicación intermitente, el dolor en reposo que no mejora con la marcha y empeora con la elevación del pie, el calor o el ejercicio, o la frialdad en los pies. También valoraremos la existencia de otros factores de riesgo que podamos modificar.

A continuación inspeccionaremos el pie en busca de callos, deformidades, fisuras, grietas y, muy especialmente úlceras. También es muy importante prestar atención a la higiene y el cuidado de los pies (la hidratación, el corte de las uñas, etc.), así como al uso adecuado de calcetines y calzado.

Por medio de la observación y la palpación de las piernas y pies veremos si hay

presencia de una enfermedad vascular periférica (palidez, frialdad, piel brillante, ausencia de vello...). Después palparemos los pulsos de ambas extremidades inferiores del paciente. La ausencia de pulsos nos da indicios de isquemia arterial. Para comprobar la afectación sensitiva poseemos varios métodos desde el uso de un diapasón (sensibilidad vibratoria y térmica), el monofilamento de Semmes-Weinstein (sensibilidad táctil), el martillo de reflejos (reflejo aquileo) y el pinchazo en la raíz de las uñas (sensibilidad dolorosa).

Siempre tenemos que pensar en la posibilidad de que surja una infección cuando existe una herida que desprende mal olor, zonas edematosas, con crepitación en los tejidos adyacentes a la herida o si los bordes de la herida supuran a la presión. Pueden aparecer otros síntomas o signos que nos hagan sospechar en la aparición de infección, como puede ser el mal control metabólico de la diabetes, la fiebre, taquicardia, elevación de la velocidad de sedimentación globular y el aumento del recuento leucocitario.

En el caso de que nos encontremos con una úlcera profunda en la cual la evolución no va siendo favorable, la radiografía del pie está indicada para determinar si hay presencia de osteomielitis.

La evolución y el pronóstico del pie diabético vendrán determinados por la presencia o no de complicaciones a nivel vascular.

Un paso primordial para el tratamiento del pie diabético es un óptimo control de glucosa en sangre y de las dislipemias, además del abandono del tabaco y el mantenimiento de cifras de presión arterial en rangos bajos.

Lo que nos va a determinar el tratamiento a seguir va ser la gravedad de la úlcera infectada. Además esto nos va a indicar si al paciente lo podremos atender de forma ambulatoria o lo derivaremos al hospital.

Dependiendo del grado de lesión que nos encontremos el tratamiento será uno u otro. A continuación haremos una pequeña clasificación:

Grado 0: En este estadio lo más importante es la educación del paciente en el cuidado e higiene del pie para prevenir posibles complicaciones. Le aconsejaremos que tengan una buena hidratación, en caso de presencia de callos ir al podólogo, si presenta algún tipo de deformidad en el pie se valorará la posibilidad del uso de prótesis de silicona o plantillas, el corte de uñas se harán de forma recta incluso solo se pueden limar.

Grado I: En este grado se indica el reposo del pie afectado durante aproximadamente 3-4 semanas. La úlcera se debe limpiar diariamente con suero fisiológico, y deben ser evaluadas por un profesional sanitario cada 2-3 días.

Grado II: Aquí se recomienda en reposo absoluto del pie afectado. En este caso vamos a considerar la posibilidad de existencia de infección ya que esto nos va a condicionar la evolución de la herida y puede llegar a poner en riesgo la extremidad. Vamos a realizar de forma muy cuidadosa un desbridamiento de la úlcera (eliminaremos el tejido necrótico y la hiperqueratosis), después recogemos una muestra del exudado de la úlcera para un cultivo y se comenzará con el tratamiento antibiótico vía oral (la duración y cambios de este tratamiento dependerán de los resultados del cultivo y antibiograma, así como las respuestas de la herida). En el caso de que se presente osteomielitis o una mala evolución se planteará el traslado a un hospital.

Grados III, IV y V: En estos casos la actitud que vamos a seguir es derivar al paciente a un hospital (ya que el paciente puede presentar gangrena, osteomielitis, signos de sepsis...) para que el tratamiento antibiótico lo administren de forma parental y valorar posibles técnicas quirúrgicas.

5 Discusión-Conclusión

Tenemos que enseñar a los pacientes que la mejor manera para proteger sus pies es teniendo unos niveles adecuados de glucosa en sangre todos los días, esto va a hacer que los nervios y vasos sanguíneos no se vean afectados.

Debemos insistir al paciente que acuda al profesional sanitario si observa la aparición de alguna lesión en el pie. No solo para curarla sino para diagnosticar en qué grado está y así concretar el tratamiento a seguir.

Fomentar el buen cuidado de los pies para ello daremos las siguientes pautas:

Revisarse los pies todos los días (se buscaran cortes, enrojecimientos, cambios en la piel y en las uñas, marcas producidas por los zapatos...).

Higiene diaria de los pies (con agua tibia y jabón. Secado adecuado de los pies poniendo énfasis entre los dedos...).

En caso de aparición de callos o durezas se acudirá al especialista.

Las uñas se cortarán de forma recta con un cortaúñas (en caso de dificultad acudirá al podólogo.).

No caminar descalzo ni siquiera en casa, usar siempre calzado y calcetines. Los zapatos deben de quedar bien de talla, deben de ser suaves no tener costuras que puedan dañar la piel.

Proteger a los pies: en verano aplicando crema fotoprotectora en el dorso del pie para evitar las quemaduras y no caminar descalzo en la playa. En invierno se desaconseja el uso de calentadores, radiadores, cualquier fuente de calor ya

que pueden causar quemaduras por ese motivo lo que se aconsejara es el uso de calcetines gruesos.

Levantar los pies cuando esté sentado, evitar cruzar las piernas, mover los dedos y tobillos a menudo y caminar.

6 Bibliografía

1. Ha Van G, Hartemann A, Gautier F, Haddad J, Bensimon Y, Ponseau W, et al. Pie diabético. EMC - Podol [Internet]. 2012 [citado el 16 de noviembre de 2022];14(1):1–17. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/pie-diabetico>.
2. Pie diabético. Blood, Heart and Circulation [Internet]. 2002 [citado el 16 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/diabeticfoot.html>.
3. Garrido Calvo AM, Cía Blasco P, Pinós Laborda PJ. el pie diabético. Med Integr [Internet]. 2003 [citado el 16 de noviembre de 2022];41(1):8–17. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-el-pie-diabetico-13044043>.
4. CDC (Center of disease control). Foot Problems. In: The prevention and treatment of complications of diabetes mellitus. Guide for Primary Care Practitioners, 1991. Disponible en: <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/brn-tx2.htm#foot-problems>.

Capítulo 92

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LAS CRISIS DE LACTANCIA: BROTES DE CRECIMIENTO

MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS

M^a ELISABETH SERRANO MORA

LAURA TRUJILLO SERRANO

MARÍA APOLONIA BETETA BETETA

MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ

1 Introducción

La lactancia materna es de gran importancia, es el mejor alimento para los bebés ya que contiene todos los nutrientes que necesitan para su correcto crecimiento y desarrollo , además de que los protegen contra las infecciones y las alergias. Así mismo crea un vínculo único con la mamá.

La lactancia materna exclusiva tiene la calidad suficiente para que no se introduzca otros alimentos en sus primeros 6 meses.

La lactancia materna se debe dar a demanda, es decir, no marcar ningún horario, ni duración de la toma. Esto lo debe marcar cada bebé según sus necesidades en cada momento.

Tenemos que saber que la necesidad del bebé va a ir cambiando durante la lactancia, no necesita lo mismo a los 5 días, que a los 15 que a los 2 meses, esta situación llevará a los llamados brotes de crecimiento y por lo tanto a las crisis de lactancia.

Es muy importante conocer en que días aproximadamente se produce estos brotes para saber como actuar y que ello no provoque angustia ni ansiedad a la madre implicando en algunos de los casos el abandono precoz de la lactancia materna.

El conocimiento de los brotes da la suficiente seguridad y confianza a la madre.

2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados de enfermería ante los brotes de crecimiento.

3 Metodología

La metodología que se ha empleado para realizar este capítulo es la búsqueda de información, documentos y estudios existentes sobre lactancia materna, beneficios, brotes de crecimiento y ansiedad de la madre durante la lactancia. Se ha revisado toda la bibliografía obtenida.

4 Resultados

Lo primero que debemos saber que tanto bache, brote de crecimiento , escalón o crisis, en realidad se refieren a la misma situación.

Sabemos que la cantidad de leche se va regulando según la demanda del bebé, cuanto más mame más cantidad se tendrá.

Hay determinados momentos donde parece que el bebé no está satisfecho, pide constantemente pero se ve incómodo al pecho. Esta situación a la madre le crea mucha ansiedad, estrés, piensa que se queda con hambre, que no tiene suficiente leche, o que no es de la calidad adecuada para su bebé.

Esta fase si no es conocida por la madre puede caer en el error de suplementar con leche artificial o peor aún destetarlo.

Lo que debemos saber es que el bebé está cambiando su demanda y está aumentando la cantidad de leche que necesita, por ese motivo pasa mucho más tiempo en el pecho.

Entonces ¿A qué llamamos crisis de lactancia?

A las etapas normales de la lactancia materna en la que se presencian brotes de crecimiento en el que el bebé demanda muchas más tomas para tener más leche, así aumenta la producción.

Los bebés no tienen los brotes de crecimiento en días exactos, pero sí a una edad similar, por lo que podemos anticiparnos a saber cómo va a comportarse.

-Crisis de los 15 días.

Se puede dar entre los 12 y los 21 días aproximadamente, según el bebé.

Es la primera crisis que se presenta, el bebé aumenta mucho la demanda para incrementar la producción de leche, porque sus necesidades han cambiado, y la única forma de aumentar la producción de leche es mamar con mas frecuencia.

Dura entre 3-4 días, donde parece no dejar de mamar en todo el día, además sino tiene el pecho en la boca llora desconsoladamente. La madre lo suele describir “No quiere soltar el pecho”. Regurgitan más pero aun así sigue mamando.

Podemos estar tranquilas si el bebe ha recuperado en estas 2-3 semanas su peso de nacimiento, si moja el pañal y hace deposiciones, esto nos dice que está comiendo bien.

Al pasar estos 3-4 días se regulará, separará las tomas y estará más tranquilo.

-Crisis del mes y medio.

Es la segunda crisis, aquí vuelve a necesitar aumentar la producción de leche, por lo que aumenta otra vez la demanda.

Además sobre el mes y medio hay un cambio en la composición de la leche y ellos pueden notar un cambio de sabor, la notan más salada. Esto a veces puede “molestar ” al bebe y ponerlo más irritable. Por lo que se junta la necesidad de más cantidad de leche y el cambio de sabor de la misma.

Suele durar alrededor de una semana.

En estos días el bebe cambia su comportamiento, está bastante más nervioso al pecho, da tirones, llora al mamar, arquea la espalda, pone muy tensas las piernas...

Una vez pasados estos días, habrá aumentado la producción de leche, el bebe se habrá acostumbrado al nuevo sabor y volverá todo a la normalidad, es decir, volverá a separar sus tomas y estará mas tranquilo.

-Crisis de los 3 meses.

Tercera crisis . Esta puede que sea la más larga y complicada, puede durar entre 3 semanas y 1 mes.

Puede que sea la que más afecte a la madre por las características que tiene, por lo que es muy importante que la madre conozca todos estos cambios.

El pecho está blando, da la sensación de que no tiene leche.

El bebe llora al poco tiempo de empezar la toma, parece como si rechazara el pecho.

No hay tanto aumento de la demanda como en las otras y es más irregular. Además las tomas pueden durar muy poquito incluso unos 5-7 minutos.

El bebe se distrae mucho, y se pone a llorar. Da la sensación de que no quiere comer.

Mama desesperado y llora, solo mama tranquilo cuando está prácticamente dormido.

También disminuye el peso que gana por semana y disminuye el número de deposiciones que hace al día. Puede pasar de hacer varias deposiciones al día a realizar solo 1-2 veces o incluso pasarse varios días sin hacer.

Con todos estos cambios que se producen es fácil caer nuevamente en la idea de que no tenemos suficiente leche .

Pero lo que pasa en realidad es:

El pecho está blando porque cambia el sistema de producción y se produce la leche en el momento que el bebe succiona. Antes el pecho almacenaba leche, y ahora la produce en el mismo momento. Este cambio puede molestar al bebe porque estaba acostumbrado a encontrar la leche nada mas engancharse al pecho y ahora tienen que succionar alrededor de 2 minutos para comer. Por este motivo puede llorar al poco tiempo de empezar la toma.

Recorta la duración de la toma porque a estos momentos el bebe ya es un experto en succionar y puede extraer más leche en mucho menos tiempo.

Se distrae con mucha facilidad. En este momento hay cambios en su cerebro. Mejora la visión y el sentido del oído, por lo que le empieza a interesar todo lo que pasa a su alrededor, esto le lleva a distraerse, soltarse del pecho y llorar.

Disminuye el peso que gana por semana porque conforme el bebe crece se enlentece la velocidad de crecimiento, es lo normal y lo más habitual.

-Crisis del primer año de vida.

El haber llegado a los 12 meses es un éxito, pero aquí empieza la presión social ya que los bebes comen pequeñas cantidades de alimentos y en ocasiones pierden el interés por la comida. Junto a esto pueden aumentar el número de tomas, o simplemente no las reducen. Por lo que dicen que son mayores para mamar y que la lactancia interfiere en la alimentación .

Debemos saber que al año la leche es igual de nutritiva para los bebes.

Al cumplir el primer año de vida vuelve a disminuir el ritmo de crecimiento por eso necesitan menos alimentos pero no reducen el número de tomas.

Cuando llegan entre los 15-18 meses vuelve a aumentar la velocidad de crecimiento y ahí si aumentarían la ingesta de alimentos.

Por lo tanto la lactancia materna no interfiere en la alimentación. El niño solo se adapta a sus necesidades en cada momento.

-Crisis de los 2 años.

A los 2 años los niños tienen unas necesidades parecidas a las del recién nacido y demanda casi de manera continua otra vez. Se ponen nerviosos y si se le niega se suelen molestar.

En esta etapa lo que pasa es que va adquiriendo independencia, tiene cada vez más soltura para hacer cosas por sí mismo en su día a día, pero a su vez tiene mucha inseguridad y acude a la mama para calmar esa inseguridad. Mamando todo se calma, sabe que todo está bien.

Esta crisis puede durar un par de meses, hasta que el niño se siente más seguro y vuelve a normalizar sus tomas o incluso ya las va reduciendo.

-Falsa crisis de los 4 y 8 meses.

Siempre culpamos la lactancia cuando el bebe está mas demandante o se despierta más por la noche, o cualquier otro cambio. Esto pasa a los 4 y 8 meses de vida.

A los 4 meses , un bebe que dormía varias horas seguidas sin despertarse en la noche, de repente empieza a despertarse en las noches y vuelve a pedir de mamar cada 2 horas.

Estos despertares no están relacionados con la lactancia.

A los 4 meses lo que sucede es que se incorpora una nueva fase de sueño que antes no tenía. Esto provoca que este más tiempo en fase de sueño ligero lo que produce más despertares. Al despertarse la mama lo confunde con hambre, le da de mamar y piensa que ha vuelto a aumentar la demanda, pero no es así.

A los 8 meses, el bebé se despierta en la noche llorando, gritando y se calma cuando la mama se lo pone al pecho.

Este despertar tampoco está relacionado con la lactancia, sino que aquí en esta etapa comienza “la angustia por separación”. El bebé teme perder a la mama y por eso solo quiere estar con ella y al pecho.

En estos dos casos como se ha dicho no tiene nada que ver la producción de leche ni la calidad de la misma. Solo se necesita tiempo para que el bebe madure y se resuelva esta situación. La lactancia materna ayuda a solucionar estos problemas y a calmar el bebe.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión es que es muy importante la lactancia materna para el bebé, que toda mamá está capacitada para hacerlo y que su leche es suficiente para alimentar y nutrir a su hijo.

Es importante conocer estas crisis de lactancia, cuando se producen, que pasa en cada una de ellas y como solucionarlo.

Muy importante tener paciencia, mucha paciencia . Tranquilidad y confiar en una misma.

Nunca forzar al bebe cuando está llorando e inquieto a que mame, él sólo lo hará. Si forzamos, podemos causar un rechazo verdadero.

Debemos intentar poner el bebe al pecho a la mínima señal de hambre , no esperar a que llore y se ponga irritable.

Estas crisis pasarán, pero en esos días puede ayudar dar el pecho en alguna zona tranquila, con menos luz y pocos ruidos.

6 Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País VascoOSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
2. <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-4-cuando-los-ninos-crecen/crisis-o-brotes-de-crecimiento/>
3. <https://blog.lactapp.es/crisis-de-lactancia-15-20-dias/>
4. <https://enfamilia.aeped.es/vida-sana/crisis-lactancia-baches-durante-lactancia-materna>

Capítulo 93

CASO CLÍNICO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) AGUDO BILATERAL

MERCEDES MEGIA CAMACHO

ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA

ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO

ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal que provoca inflamación y úlceras (llagas) en el tracto digestivo. Afecta el recubrimiento más profundo del intestino grueso, también denominado colon, y el recto. En la mayoría de las personas, los síntomas suelen aparecer con el paso del tiempo y no de repente.

La colitis ulcerosa puede ser agotadora y, a veces, puede llevar a complicaciones que ponen en riesgo la vida. Aunque no existe una cura conocida, existen varios tratamientos nuevos que pueden reducir los signos y los síntomas de la enfermedad de forma significativa e incluso pueden contribuir a una remisión de larga duración.

SÍNTOMAS

Los síntomas de la colitis ulcerosa pueden variar, según la gravedad de la inflamación y el lugar donde se produzca. Estos son algunos de los signos y síntomas:

- Diarrea, a menudo con sangre o pus
- Sangrado rectal (presencia de una pequeña cantidad de sangre en las heces)
- Dolor y calambres abdominales
- Dolor en el recto
- Necesidad imperiosa de defecar
- Incapacidad para defecar a pesar de la urgencia
- Pérdida de peso
- Fatiga
- Fiebre
- En el caso de los niños, retraso en el crecimiento

La mayoría de las personas que tienen colitis ulcerosa tienen síntomas leves a moderados. La evolución de la colitis ulcerosa puede variar y algunas personas pueden tener largos períodos en los que esta afección desaparece (remisión).

TIPOS

Los proveedores de atención médica suelen clasificar la colitis ulcerosa en función de su ubicación. Los síntomas de cada tipo suelen solaparse. Estos son algunos tipos de colitis ulcerosa:

- Proctitis ulcerosa: La inflamación se limita a la zona cercana al ano (recto). Es posible que el sangrado rectal pueda ser el único signo de la enfermedad.
- Proctosigmoiditis: La inflamación afecta al recto y al colon sigmoide (extremo inferior del colon). Entre los síntomas, se incluyen diarrea con sangre, dolor y calambres abdominales e imposibilidad de defecar a pesar de tener ganas de hacerlo (tenesmo).
- Colitis del lado izquierdo: La inflamación se prolonga desde el recto hasta las partes sigmoidea y descendente del colon. Entre los síntomas, se incluyen diarrea con sangre, dolor y calambres abdominales del lado izquierdo y urgencia para defecar.
- Pancolitis: Este tipo suele afectar al colon en su totalidad y provocar episodios de diarrea con sangre que pueden ser intensos, dolor y calambres abdominales, fatiga y una pérdida importante de peso.

2 Objetivos

Se clasificaron los problemas detectados como:

☒ Complicaciones potenciales: problemas reales o potenciales que aparecen como resultado de complicaciones de la enfermedad, estudios diagnósticos o tratamientos médicos y que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades enfermeras interdependientes o de colaboración.☒

☒ Problemas de colaboración: reflejan una falta total o parcial, temporal o permanente, de capacidad física o psíquica del usuario para hacer por sí mismo las acciones apropiadas con objeto de satisfacer las necesidades básicas.

☒ Problemas de independencia: juicios clínicos sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales y que proporcionan la base para la selección de las intervenciones destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

3 Caso clínico

Paciente de 85 años que acude a urgencias derivada de su residencia con un cuadro de mal estar general , disnea y fiebre con saturaciones de oxígeno en torno a 78%, escasa respuesta a estímulos externos . El estado de la paciente, según comenta la familia, ha empeorado, la encuentran muy somnolienta y deciden mandarla a urgencias.

ANTECEDENTES PERSONALES

- ORGÁNICOS

- NAMC. Intolerancia a amoxicilina y cefalosporinas. Intolerancia a la lactosa
- DM, no HTA, no dislipemia
- Diagnosticada de EPOC, Asma desde hace más de 30 años sin claro criterio. NO fumadora
- Colitis ulcerosa estable sin brotes desde hace 2 años
- Enfermedad cerebrovascular de pequeño vaso
- Astenia inespecífica
- Incontinencia urinaria

- PSIQUIÁTRICOS

- Deterioro cognitivo progresivo de probable origen degenerativo primario
- Alzheimer GDS 4-5
- Agitación psicomotriz

- SOCIALES

- Reside en residencia desde el martes 21/09. Apoyo familiar, se encuentra acompañada por su hija

- Dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria.
- Deterioro cognitivo
- Vida cama-sillón

TRATAMIENTO HABITUAL

- Escitalopram 10mg 0-1-0
- Haloperidol 2mg 0-0-2
- Lexatin 1,5mg 1-0-1
- Metformida 850mg 1-0-1
- Neuralex 1-0-0
- Omeprazol 40mg 1-0-0
- Flixotide accuhaler 500 microgramos 1-0-1
- Hidroferol 0,266 mg 1 cada 7 días
- Onbrez brezhaler 300 microgramos 1 al día
- Pentasa 2g 2 al día

ENFERMEDAD ACTUAL

Según informe de la residencia de ancianos, desorientación, somnolencia, MEG, taquipnea, desaturación y febril (38,7°C)

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Cistocele

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA 120/68 FC: 110lpm Temp: 37,6°C Sato2: 98% con reservorio

Paciente en regulares condiciones generales, febril.

Tórax: Ruidos cardiacos rítmicos, taquicardias, deshidratada, somnolienta, escasa respuesta a preguntas, ininteligible, ruidos respiratorios presentes, se auscultan roncus y crepitantes globales bilaterales

Abdomen: distendido, no doloroso a la palpación, se palpa globo vesical en región de hipogastrio, no signos de irritación peritoneal. RHA+

Extremidades: No edemas, no signos de TVP. Úlcera calcáneo izquierda cubierta

Neurológico: estuporosa, responde al dolor, escasa respuesta a estímulos, Glasgow 9/15 puntos

Exploraciones complementarias

Urgencias:

- Orina 60 leucos/c, bacterias moderadas
- SS: leucos 17300, Hgb 12,5, plaquetas 187000
- INR 1,41

- Bioq: Glucosa 321. Urea 62. Cr 0,97. GOT 29. LDH 429. Na 143. K 5. PCR 14,8. PCT 0,19
- GA: ph 7,51. PCO2 37. PO2 72. HCO3 29,5. Láctico 21
- ECG: RS a 128lpm. BRDHH, extrasistolia supra ventricular
- Rx torax: engrosamiento hiliar derecho , con dudoso infiltrado en apéndice derecho, aumento de la trama bronquial. Cardiomegalia
- Rx abdomen: abundantes heces y gas en marco cólico e imagen de fecaloma en ampolla rectal, no signos de obstrucción
- ANGIOTAC DE ARTERIAS PULMONARES URGENTE: defecto de repleción de aspecto ha cabalgado que afecta al tronco de AP con extensión a ambas arterias principales, sobre todo derecha, así como a ramas segmentarias y subsegmentarias de forma bilateral compatibles con trombo embolismo pulmonar agudo. No se evidencian adenopatías de tamaño patológico mediastino-hiliares. Tronco pulmonar de 39mm de calibre. Relación VD/VI de 2. En parénquima pulmonar, se aprecia un micronodulo de 4mm en LSD, inespecífico. Signos de hipo ventilación bibasal. Patrón tenue de atenuación en mosaico parcheado y bilateral en probable relación con TEP. Patrón micro nodular arracimado en ambos LLSS de carácter su segmentario que pudiera estar en relación con IRVB. Ocupación de bronquio LII con atelectasia secundaria (tapón mucoso), considerar estudio broncoscopio. Discretos cambios degenerativos difusos y osteopenia. Sin otros hallazgos significativos.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

TEP agudo bilateral con signos de sobrecarga VD. Probable ITU

DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS

- Infección respiratoria de vías bajas
- Descompensación glucémica
- Deterioro cognitivo/ Alzheimer
- HTA, Colitis ulcerosa
- Rectorragia a estudio

VALORACIÓN ENFERMERA SEGÚN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. Respirar Normalmente.

Paciente que necesita oxigenoterapia.

Saturación oxígeno en gasometría arterial 78%.

Necesita dormir con una almohada más debido a la disnea.

2. Comer y beber adecuadamente.

Tolera alimentos y bebidas

3. Eliminar por todas las vías corporales.

A su llegada se le coloca sondaje vesical. Padece estreñimiento por lo que suele tomar laxantes. Posteriormente, se retira sondaje vesical y se coloca pañal.

4. MOVILIZACIÓN. Moverse y mantener posturas adecuadas.

Dependiente. Precisa de colchón anti escaras por alto riesgo de úlceras por presión (UPP).

5. REPOSO/SUEÑO. Dormir y descansar.

Tiene dificultad para el descanso debido a la ortopnea.

6. VESTIRSE/DESVESTIRSE. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.

Dependiente

7. TERMORREGULACIÓN. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.

Normo termia.

8. HIGIENE/PIEL. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Dependiente

9. SEGURIDAD. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

Somnolienta y desorientada.

10. COMUNICACIÓN. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

Somnolienta y desorientada.

11. CREENCIAS Y VALORES. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.

No se valora.

12. TRABAJAR/REALIZARSE. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

No se valora.

13. OCIO. Participar en actividades recreativas.

No se valora

14. APRENDER. Descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Dependiente

Complicaciones potenciales

La disnea mejoró con el tratamiento prescrito y los cuidados enfermeros, aunque se presentaron algunas hiperglucemias a lo largo del ingreso, pero respondieron bien al tratamiento con insulina. Ha presentado episodios de rectorragia durante el ingreso, por lo que se ha derivado a la realización de una rectoscopia y la retirada de heparina.

Informe de la rectoscopia

- Inspección anal y tacto rectal normal. Solo con el tacto, expulsión de contenido hemático
- Sigmoidoscopia: desde el margen anal hasta los 10-15cm presenta úlceras profundas, fibrinada, con núcleos violáceos, que impresiona de componente isquémico sobreañadido. Desde los 15 cm hasta los 40cm explorados se aprecia mucosa retiricular, con pérdida de patrón vascular, algunos pseudopolipos de aspecto inflamatorios y úlceras redondeadas de aspecto en diana, profundas entre mucosa con edema, perdida de patrón vascular y friable. Toda la mucosa tapizada por restos hemáticos que se desprenden con lavado y sangrado espontáneo con el roce.
- Biopsias para CMV, microbiología y AP de úlceras y pseudopolipos.

Impresión diagnóstica:

Colitis ulcerosa izquierda con componente isquémico sobreañadido, a descartar sobreinfección.

Ha seguido teniendo episodios recurrentes de rectorragias con días alternos sin ellos, por lo que se ha vuelto a administrar heparina, pero al volver a aparecer estos episodios se ha decidido retirarla

Problemas de autonomía

La evolución ha sido favorable dentro de las posibilidades de la paciente, necesita ayuda para las Actividades de la Vida Diaria (AVD) como antes del ingreso. Se encuentra menos somnolienta, abre los ojos, este algo más orientado, pronuncia algunas palabras, se levanta de la cama al sillón. Tanto la enfermera como la cuidadora valoran esta evolución muy positivamente.

TRATAMIENTOS

Se administra el tratamiento pautado:

- Insulina aspart novorapid 8-12-20
- Butilescopolamina s/p
- Dieta oligomérica hiperproteica (FRESUBIN)
- Escitalopram
- Dieta túrmix para disfagia
- Espesante
- Sf 1000
- Insulina glargina 100ui
- Mesalazina espuma rectal
- Metilprednisolona
- Midazolam s/p
- Morfina s/p
- Ondansetron s/p
- Colchon antiescaras por alto riesgo de UPP

- Pantoprazol
- Paracetamol s/p
- Puede beber sorbos de agua con espesante
- Ambroxol 15mg/2ml y atrovent

Se realiza sondaje vesical y se obtiene 2000cc con mejoría de la distensión abdominal, sufre un cuadro de hipotensión arterial con cifras de 68/40 por lo que se le administra fluido terapia

GN a 3L con saturaciones de 89% por lo que se cambia a mascarilla con reservorio obteniéndose saturaciones de 98%

Se coloca palomilla sc para la administración de mórficos para proporcionar confort

Precisa de colchón anti escaras para prevención de UPP, ya que es una paciente con alto riesgo de desarrollarlas debido a su situación de inmovilidad.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

La paciente ingresó en regulares condiciones a su llegada con un cuadro de fiebre y disnea, tras la administración de líquidos y medicación mejora notablemente su estado neurológico y respiratorio. La paciente abre los ojos, obedece órdenes e intenta emitir sonidos, se mueve de la cama al sillón. La disnea ha desaparecido casi por completo, aunque estos últimos días ha comenzado con episodios de rectorragia por lo que se la ha derivado a la realización de una colonoscopia para estudiar su origen.

El pronóstico es favorable, continua con tratamiento de ATB, se ha retirado isoplasma y heparina, se han controlado las hiperglucemias con la pauta de insulina, tolera alimentación

4 Discusión-Conclusión

La TEP es una enfermedad frecuente con alta morbilidad y mortalidad. Su incidencia real no es conocida, ya que se pueden producir con frecuencia pequeñas embolias que tienen escasa o nula repercusión clínica, lo que dificulta su diagnóstico ya que su sintomatología puede ser debida a diversas enfermedades cardiorrespiratorias al no tener una presentación clínica específica. Es fundamental el diagnóstico precoz y el tratamiento con anticoagulantes para poder restablecer el flujo de las arterias pulmonares y prevenir procesos recurrentes potencialmente mortales.

Me ha resultado interesante recabar toda la información sobre este caso clínico y he aprendido bastante acerca de esta enfermedad.

5 Bibliografía

- 1.<https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/tromboembolismo-pulmonar.html>
<https://www.revespcardiol.org/es-enfermedad-tromboembolica-pulmonar-manejo-clinico-articulo-13152512>.
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000100010.
- 3.<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/ulcerative-colitis/symptoms-causes/syc-20353326>.

Capítulo 94

INFECCIONES RESPIRATORIAS VIRALES MÁS PREVALENTES EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

MARÍA DEL CARMEN GARCÍA CARRETERO

1 Introducción

Las enfermedades respiratorias virales constituyen una gran carga a nivel mundial principalmente entre la población pediátrica.

En España a finales de noviembre de 2022 tuvo lugar una oleada de ingresos hospitalarios en las unidades y servicios de Pediatría debido a la propagación de virus respiratorios ampliamente conocidos entre los que destacan: el parainfluenza (RVH), adenovirus (ADV) y el virus respiratorio sincicial (VRS), concretamente su manifestación clínica como bronquiolitis aguda (BA) fue una de las que más repercusión obtuvo.

Como consecuencia, se produjo una grave situación de desabastecimiento tanto en las farmacias como en las farmacias hospitalarias de algunos fármacos tales como la amoxicilina, aspirina, paracetamol; entre otros necesarios para el tratamiento de dichas infecciones respiratorias (1).

Según el Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda (SiVIRA) del Instituto de Salud Carlos III y la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), en las últimas semanas de noviembre la incidencia en España pasó de los 14 casos por cada 100.000 habitantes a los 45 casos, situándose como una de las primeras causas de ingreso hospitalario entre los menores de 2 años (2).

Además de los virus mencionados anteriormente, otros virus como Metapneumovirus (MPVh) y Bocavirus (BoVh) que hasta ahora no habían sido tan prevalentes empezaron a ser más frecuentes.

Durante el periodo de aislamiento por la pandemia de COVID, la bronquiolitis y otros como virus como la gripe se contuvieron debido a las medidas que se tomaron entre ellas, el uso continuado de mascarillas.

Muchos expertos fundamentan que este aumento de enfermedades respiratorias a través de la denominada "deuda inmunitaria", la cual sugiere que los recién nacidos en plena pandemia no han podido desarrollar inmunidad suficiente frente a otros virus respiratorios por las medidas impuestas de confinamiento y distancia social (3).

Debido a ello, refieren una mayor fragilidad entre la población pediátrica ante estas infecciones, que cada vez se producen con mayor virulencia.

En diciembre de ese mismo año, el Dr. Antonio Nieto, del Instituto de Investigación Sanitaria La Fe de Valencia detalló para numerosos periódicos que el hecho de haber padecido una bronquiolitis por virus respiratorio sincitial (VRS) antes de cumplir los 3 años podría multiplicar por 2,5 el riesgo de tener asma en el futuro, por ello es tan necesario un abordaje temprano (4).

Con relación a las infecciones respiratorias algunos padres sienten verdadero pavor y no tienen claro cómo actuar ante este tipo de situaciones, esta revisión bibliográfica surge bajo la necesidad de conocer más sobre este tipo de patologías tan prevalentes en la población pediátrica y para ayudar a concienciar a los padres primerizos sobre la importancia de una correcta actuación ante estos casos.

2 Objetivos

Para la elaboración del presente capítulo se establecieron los siguientes objetivos:

- Definir actuaciones para prevenir infecciones por virus respiratorios en niños.
- Identificar las características de la sintomatología más grave, así como el trabajo respiratorio en niños con enfermedades respiratorias.
- Enseñar a los pacientes la importancia del uso correcto de los dispositivos de inhalación.

3 Metodología

El presente capítulo sigue un diseño de carácter narrativo, el cual constituye un análisis teórico con la intención de mostrar la evolución y actualización acerca de las infecciones virales más prevalentes entre la población pediátrica.

Para su elaboración se ha realizado una exhaustiva búsqueda bibliográfica de revisiones sistemáticas, estudios retrospectivos y ensayos en las siguientes bases de datos: Pubmed y Scopus.

La estrategia de búsqueda fue elaborada con el uso de descriptores bibliográficos como: “Nurses pediatric” “Work of breathing” “Respiratory tract infections”, “Bronchiolitis Viral” “Respiratory system agents”, se utilizaron los operadores booleanos “AND/OR” y el idioma de los artículos seleccionados fue inglés o español.

Para la selección de artículos e investigaciones se tuvieron en cuenta, una serie de criterios de inclusión y de exclusión. Se incluyeron publicaciones realizadas durante el año 2022 que cumplieran el objetivo de estudio sobre las infecciones respiratorias en la población pediátrica, además de la prevención enfermera dentro de esta temática.

Y se excluyeron artículos obsoletos y estudios genéricos con poca información, datos insuficientes y que no abordaban el objetivo de estudio.

4 Resultados

En general los resultados de los recientes estudios seleccionados señalan que las infecciones respiratorias virales constituyen un gran impacto a nivel mundial entre la población pediátrica, dando lugar a un aumento en el número de ingresos hospitalarios.

Un estudio observacional realizado en abril de 2022 describió la grave carga de bronquiolitis viral que precisó de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos en seis países europeos, durante los últimos veinte años; notificando un aumento en el número anual, y estimaciones por 100.000 niños menores de dos años, la cifra de ingresos en UCIP por bronquiolitis ascendió a 15.606 (8).

La gran mayoría de los casos de bronquiolitis registrados actualmente se deben al virus sincicial respiratorio (VSR), el cual, en su versión más grave puede derivar

en neumonía en niños pequeños, además de sibilancias recurrentes y posteriormente cuadros asmáticos.

Numerosos estudios y revisiones sistemáticas recopiladas por investigadores del departamento de Pediatría de la Universidad de Melbourne también han establecido una asociación entre la infección por VSR en la infancia, las sibilancias crónicas posteriores y el asma, concluyendo que para poder determinar una relación causal se deben dar una serie de criterios entre ellos una relación temporal en la que la infección por RSV debe preceder a la aparición del asma.

Por otro lado debería haber una relación dosis-dependiente, ya que una infección por VSR más grave se asocia con un mayor riesgo de asma y por último debe haber un mecanismo biológico plausible basado en las relaciones fisiopatológicas, las cuales sugieren que las respuestas inmunológicas aberrantes durante la infección por VSR pueden propiciar el desarrollo del asma, particularmente en el contexto de la atopia, la predisposición genética y las exposiciones ambientales (5).

Además de estos criterios, el VSR posee distintos genotipos, entre ellos, el genotipo NA1 suele infectar a los lactantes y se relaciona con un curso clínico más grave; el genotipo BA se asocia con eosinofilia y antecedentes familiares de asma, mientras que, el genotipo ON1 se asocia con síntomas menos graves.

Tras un período de incubación de 4 a 6 días, el pico de incidencia de la bronquiolitis se suele registrar entre los 3 y 6 meses, mostrando signos de infección del tracto respiratorio superior como tos, secreción nasal y fiebre seguidas de dificultad respiratoria caracterizada por aleteo nasal, taquipnea, aumento del trabajo respiratorio con respiración intercostal, y ruidos respiratorios siendo los más comunes los crepitantes y las sibilancias bilaterales (6).

Algunos de estos síntomas podrían darse en otras patologías respiratorias por ello es importante una rápida detección del tipo de agente vírico que los provoca.

Un estudio realizado en un Hospital Universitario de Brasil evaluó la severidad de las características clínicas de diferentes enfermedades respiratorias para comprender por qué algunos niños precisaban de hospitalización (n= 201) y en otros no requirieron hospitalización (n= 201).

En cuanto al número de coinfecciones no se registraron diferencias estadísticamente significativas pero evidenciaron que el VSR predominó más entre los niños hospitalizados mientras que otros virus RVH, AVD y MPVh predominaban en

los pacientes no hospitalizados, dejando entrever que a pesar de cursar sintomatologías similares el grado de severidad del VSR, así como de la bronquiolitis, es mayor respecto a otros virus respiratorios (7).

Sin embargo, a nivel mundial la epidemiología del VSR se vio interrumpida durante el primer año de pandemia, debido a las medidas de salud pública tomadas por el COVID-19; descendiendo el número de hospitalizaciones durante las temporadas más altas. En 2021 cuando estas medidas por el COVID-19 se suavizaron, en Australia, al igual que en otros países; se registró un triple de ingresos hospitalarios en niños en comparación a 2020 (5).

Respecto al tratamiento del VSR y otras patologías respiratorias siempre se ha valorado una correcta hidratación y la administración de oxígeno como únicas opciones de tratamiento, pero hoy en día, se está estudiando implementar el uso de broncodilatadores en los bebés mayores de 6 meses con bronquiolitis que cursen con características clínicas que se asemejan al asma, ya que para ello se suele emplear farmacoterapia mediante inhaladores (6).

Uno de los inconvenientes es que para garantizar un efecto terapéutico óptimo los padres, niños deben realizar una serie de pasos y en una secuencia concreta para administrarlo correctamente; para que esto ocurra enfermeras y médicos puede proporcionar la educación necesaria en técnicas de inhalación. Dado que cada niño tiene una capacidad de aprendizaje diferente se debe considerar un enfoque personalizado y adaptado, particularmente cuando se trata de niños más pequeños o los que ingresan en la edad adulta temprana (9).

5 Discusión-Conclusión

Esta revisión bibliográfica remarca la gran prevalencia de enfermedades respiratorias que afectan a la calidad de vida de los niños y a la de sus padres, que son quienes los cuidan y los acompañan durante su estancia hospitalaria.

Por ello es tan importante la atención médica preventiva para poder realizar una rápida identificación de aquella sintomatología más grave que en el caso del VSR puede a causar un verdadero empeoramiento clínico respecto al estado de salud previo.

Al igual que ocurrió con el COVID-19, para tener más control sería beneficioso poder contar con más alternativas de tratamiento como lo son la vacunación y la profilaxis, por tanto estas patologías merecen mayor atención e investigación

a nivel internacional.

6 Bibliografía

1. “La epidemia de bronquiolitis ha sorprendido a los niños con su sistema inmunitario desentrenado tras la covid” [Internet]. Agencia SINC. [citado el 24 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.agenciasinc.es/Entrevistas/La-epidemia-de-bronquiolitis-ha-sorprendido-a-los-ninos-con-su-sistema-inmunitario-desentrenado-tras-la-covid>
2. Belenguer L. La bronquiolitis vuelve con fuerza en noviembre: “Estamos justos de camas” [Internet]. 20minutos. 2022 [citado el 24 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.20minutos.es/noticia/5075785/0/aumento-incidencia-bronquiolitis-vrs-espana-noviembre-2022/>
3. Calvo C. Cambios en la epidemiología de las infecciones en niños. ¿Existe la deuda inmunitaria?, ¿solo para los virus respiratorios? An Pediatr (Barc) [Internet]. 2023 [citado el 24 de septiembre de 2023];98(3):155–6. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-cambios-epidemiologia-infecciones-ninos-existe-articulo-S1695403323000061>
4. EUROPA PRESS. Haber padecido una bronquiolitis por VRS antes de cumplir 3 años podría multiplicar por 2,5 el riesgo de asma [Internet]. El Mundo. 2022 [citado el 24 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://amp.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2022/12/14/6399abebfdddff1b9c8b45a4.html>
5. Binns E, Tuckerman J, Licciardi PV, Wurzel D. Virus sincitial respiratorio, sibilancias recurrentes y asma: una revisión narrativa de la fisiopatología, la prevención y las direcciones futuras. J Pediatr Child Health [Internet]. 2022 [citado el 14 de septiembre de 2023];58(10):1741–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36073299/>
6. Bottau P, Liotti L, Laderchi E, Palpacelli A, Calamelli E, Colombo C, et al. Something is changing in viral infant bronchiolitis approach. Front Pediatr [Internet]. 2022 [citado el 14 de septiembre de 2023];10:865977. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35498813/>
7. Costa LF, Da Silveira HL, Queiróz DAO, Mantese OC, Yokosawa J. Respiratory virus infections in hospitalized and non-hospitalized children: determinants of severe course of the disease. J Infect Dev Ctries [Internet]. 2022 [citado el 14 de septiembre de 2023];16(1):196–205. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35192538/>
8. Linssen RS, Teirlinck AC, van Boven M, Biarent D, Stona L, Amigoni A, et al. Increasing burden of viral bronchiolitis in the pediatric intensive care unit;

an observational study. *J Crit Care* [Internet]. 2022 [citado el 14 de enero de 2023];68:165–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34304966/>

9. McCrossan P, Mallon O, Shields MD, Russell C, Kennedy L, O'Donoghue D. How we teach children with asthma to use their inhaler: a scoping review. *Ital J Pediatr* [Internet]. 2022 [citado el 14 de septiembre de 2023];48(1):52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35365200/>

Capítulo 95

CÓMO ACTÚA ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUE ESTÁ SUFRIENDO UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA

MARIA GOMEZ GOMEZ

CLARA ROMERO GARCÍA

ISABEL ANGORA PANTOJA

MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ

1 Introducción

El síndrome coronario agudo incluye el infarto agudo de miocardio conocido con las siglas (IAM) y se manifiesta cuando el corazón no está recibiendo suficiente sangre. Es la principal causa de muerte en el contexto de la cardiopatía isquémica. Cuando un infarto de miocardio es agudo, la arteria coronaria se bloquea totalmente, lo que provoca una muerte de las células del tejido miocárdico. La enfermedad conocida como infarto agudo de miocardio es crónica e irreversible, ya que se crea cuando las placas de lípidos y colágeno se acumulan en las paredes de las arterias, disminuyendo el propio flujo sanguíneo y, en última instancia, provocando la formación de las placas.

Los siguientes son los principales signos y síntomas de un infarto agudo de miocardio.

- Dolor u opresión en el pecho que puede irradiarse a los hombros o brazos, particularmente en el lado izquierdo, el cuello, en la mandíbula o en la espalda.
- Falta de aire, sensación de disnea o mareos.
- Debilidad.
- Vómitos o náuseas.
- Un sudor fresco.
- Inestabilidad.

El infarto agudo de miocardio debe tratarse de inmediato como una emergencia médica para minimizar el daño y los efectos a largo plazo, junto con un examen físico, un historial médico completo y un electrocardiograma, se diagnostica.

2 Objetivos

- Describir en urgencias cómo es un infarto agudo de miocardio, las funciones del personal de enfermería y cómo se trata.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 enfermedad coronaria afecta significativamente la calidad de vida de la persona, así como su futuro social y personal, elevando la posibilidad de un fallecimiento repentino.

Debido a la alta prevalencia del tabaquismo ya los antecedentes familiares de enfermedad coronaria, en la actualidad son muchos los pacientes jóvenes a los que se les ha diagnosticado un infarto agudo de miocardio, que afecta principalmente a los hombres. Se debe hacer un seguimiento específico para este tipo de infarto porque los jóvenes tienen una menor tasa de mortalidad por infarto de los pacientes que tienen un factor de riesgo significativo.

Los ataques cardíacos ahora son más comunes que nunca en nuestra nación, superando incluso al cáncer como la principal causa de muerte. Cada año se producen en España unos 100.000 infartos de miocardio.

El tratamiento primario para un paciente con infarto de miocardio es:

Anime al paciente a hablar sobre cualquier evento traumático, si corresponde.

-Indique al paciente que vigile su propio nivel de malestar y tome las medidas adecuadas.

- Realizar un seguimiento del consumo de oxígeno del paciente.

- Limite su ingesta dietética.

- Asegurarse de que el paciente reciba tratamiento analgésico para aliviar el dolor.

- Identificar las fuentes de fatiga.

- Establecer un calendario de seguimiento y la frecuencia necesaria para realizar valoraciones del confort del paciente.

- Realizar una evaluación para determinar la eficacia de las técnicas de manejo del dolor.

- Crear y modificar estrategias de manejo del dolor en respuesta a la respuesta del paciente.

- Cuando sea necesario, dar analgésicos y otros medicamentos para potenciar la analgesia.

A través de la educación para la salud, la enfermería debe promover la comprensión del valor de las prácticas de vida saludables y cómo responder en esta circunstancia.

5 Discusión-Conclusión

El infarto agudo de miocardio se sitúa entre las primeras causas de muerte en España.

El público en general debe estar atento a los síntomas y saber buscar atención médica lo antes posible porque se requiere una acción inmediata.

Dado lo crucial que es mantener una dieta saludable, hacer ejercicio regularmente, evitar un estilo de vida sedentario y abstenerse de abusar del alcohol y el tabaco, la educación para la salud juega un papel importante en la prevención de infartos agudos de miocardio. Todo esto mejora el flujo arterial, lo que permite evitar posibles obstrucciones arteriales que podrían provocar un infarto agudo de miocardio.

El curso de tratamiento preferido para el infarto de miocardio con elevación del segmento ST es la angiografía coronaria, con cateterismo percutáneo como medio potencial de revascularización tisular.

6 Bibliografía

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

Capítulo 96

PACIENTES QUE LES PONEN MARCAPASOS Y LAS FUNCIONES 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: Su 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. Enfóquese principalmente en tratar la causa, evite las complicaciones que pueden ocurrir con o sin trasplante y brinde educación al equipo, al paciente y a la familia/cuidador.

Salud óptima para una mejor calidad de vida.

Los estudios analizados hasta el momento reflejan la presencia de enfermeras durante todo el proceso: antes del diagnóstico, durante la cirugía, al alta y monotorratamiento 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

- Dar a conocer algunas recomendaciones para mejorar la utilización del marcapasos.
- Observar qué cuidados estrictos se deben llevar a cabo en el postoperatorio.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en castellano de libros como Revista de Medicina Intensiva, Sociedad Española de Cardiología y Revista de Medicina Clínica de Scielo; y entre las principales Bases de Datos como Cuiden, Medline, Dialnet y Teseo.

Para llevar a cabo la búsqueda, se han utilizado los operadores booleanos clásicos (Y/AND, O/OR, NO/NOT) junto con términos claros, sencillos y concretos relacionados con el tema:

- Nurs*, Nursing Care, Nurse, Cuidados de Enfermería.
- Enf*, Enfermería.
- Intervenciones de enfermería, Educación para la Salud.
- Bloqueo auriculoventricular completo, Complete atrioventricular block.
- Bradicardia, bradicardia.

También se ha realizado una búsqueda en internet en los siguientes buscadores: Guía del paciente portador de marcapasos elaborada por el Ministerio de Sanidad y consumo, Google Académico, Inbiomed, Organización Mundial de la Salud. (OMS), Scielo y Sistema Nacional de Salud (SNS).

4 Resultados

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. Pregunte todas sus 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 aplique una solución antiséptica y cubra con una toalla estéril. Prepare 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. - Inserte una vena periférica en el brazo opuesto al sitio del implante y verifique 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 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 demostró ser un reto, pero a la vez el tratamiento ideal para establecer un ritmo cardíaco regular y adecuado, gracias a la capacidad de este invento, de conseguir que las personas que lo portaban, recuperasen su vida plena anterior. La profesión médica se vio dotada, así, con una ayuda técnica que ha llegado a ser una de las más útiles de nuestro tiempo.

Para llevar a cabo una acción terapéutica y un cambio beneficioso en su estado de salud, es necesario ayudar a las personas con marcapasos y/o familiares/cuidadores, proporcionándoles conocimientos teóricos, habilidades prácticas y actitudes necesarias de forma individualizada, con la ayuda del personal sanitario, fundamentalmente la enfermería.

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.htm>.

Capítulo 97

LA ENFERMERÍA ANTE EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA EN EL LACTANTE: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARINA RODRIGUEZ LUNA

ELENA MOYA CRESPO

JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS

AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ

ANA DÍAZ CABALLERO

1 Introducción

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMLS) se trata de la muerte repentina en un niño de una edad inferior a un año, la cual permanece sin explicación alguna tras una investigación meticulosa del suceso en el que se realiza una autopsia, examen del sitio en el que fallece y una revisión de la historia clínica, la causa permanece sin explicación alguna.

En países desarrollados, el síndrome de muerte súbita en el lactante está considerada la primera causa de mortalidad tras el nacimiento, más exactamente entre el primer mes y el primer año de vida (1).

Los factores de riesgo se dividen en: ambientales, maternos y relacionados con el lactante.

El principal factor de riesgo ambiental se relaciona con la posición en decúbito prono, ya que según numerosos estudios está relacionada con un mayor riesgo de muerte súbita en el lactante.

Entre los factores de riesgo asociados a la madre encontramos, en primer lugar, los cuidados prenatales y control de la gestación, en los que existen estudios que evidencian un menor riesgo en los lactantes cuyas madres han llevado a cabo adecuados controles del embarazo.

Entre los factores de riesgo relacionados con el niño existen numerosos, entre los que destacan: antecedentes de hermano fallecido por síndrome de muerte súbita en el lactante, prematuridad y bajo peso al nacer, postura del lactante en la cuna, entre otros (2).

2 Objetivos

- Ampliar los conocimientos acerca de la muerte súbita en niños.
- Identificar las diferentes actividades preventivas.
- Resaltar el significado que supone una buena intervención por parte de la 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.

Se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión: textos que tuvieran acceso libre o un enlace de acceso gratuito, publicados recientemente, tanto en inglés como en castellano.

4 Resultados

El síndrome de muerte súbita en el lactante provoca en España una media al año de 55 muertes, posicionándose como la primera causa de muerte postneonatal. Estamos ante un problema de especial importancia, con tendencia a crecer en el ámbito clínico pediátrico y que genera una gran preocupación tanto para el personal sanitario como las familias (3).

En estos últimos años, la prevalencia se ha visto estable en gran parte de los países, por lo que es muy importante la búsqueda de nuevos factores de riesgo y enfrentarse de nuevo a una disminución de la prevalencia.

Existen numerosos estudios donde se ha visto un cierto predominio del sexo masculino, además de una máxima incidencia entre la edad de dos y tres meses de vida. Se estima que es menos frecuente la existencia de casos antes de las dos semanas de vida y a partir de los seis meses (2).

Este síndrome se caracteriza por un episodio de apnea que se prolonga y aparece de forma brusca, además aparece en los primeros minutos que se corresponde con la cianosis y le sigue la palidez.

Otros signos perceptibles son cambios en el tono muscular, así como la falta de reactividad a los estímulos.

La enfermería juega un papel fundamental en cuanto a la educación sanitaria de los progenitores del lactante, siendo esencial la prestación de las diferentes recomendaciones. Entre los factores protectores y las diferentes recomendaciones encontramos:

- Posicionar al lactante en decúbito supino, ladeando la cabeza y alternando cambios en las posturas para favorecer la disminución de la plagiocefalia.
- Adecuada lactancia materna.
- Impulsar la succión con chupete mientras duermen.
- Evitar un ambiente relacionado con el tabaco en la etapa posterior al nacimiento.
- Favorecer en periodo de elevado riesgo de síndrome de muerte súbita en el lactante la vigilancia.
- Evitar el excesivo arropamiento y complementos como la almohada, colchas y demás objetos que puedan cubrir la cara del lactante. Además, utilizar un colchón firme.
- Llevar un correcto seguimiento del calendario de vacunas (4).

5 Discusión-Conclusión

La intervención de la enfermera se considera primordial, ya que se trata de uno de los pilares fundamentales para ofrecer una adecuada información a los padres ante estas situaciones, así como una correcta Educación Sanitaria.

Es primordial, además, informar y valorar el grado de adherencia de los progenitores del lactante a las recomendaciones ofrecidas e insistir en la estrecha vigilancia y seguimiento del recién nacido en el periodo de mayor riesgo.

En general, se recomendará la posición en decúbito supino para dormir, un colchón firme en su cuna de forma independiente a la cama de los progenitores, pero siempre en la habitación de ellos.

6 Bibliografía

1. Javier Sánchez Ruiz-Cabello, Luis Carlos Ortiz González. (2012). Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. Elsevier. Vol. 10, Núm. 6. Pág. 353-358.
2. F. J. Sánchez Ruiz-Cabello, L. C. Ortiz González. (2013). Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte 1). Factores de riesgo. Rev Pediatr Aten Primaria vol.15, no.60.
3. M^a Loreto Tarraga-Marcos, Jose Mario Romero-de Ávila Montoya, Almudena Tarraga-Marcos, Pedro J Tarraga-López. (26 Sep. 2022). Síndrome de muerte súbita del lactante. JONNPR vol.7 no.3 Madrid.
4. Eduardo Ibáñez Tomás, Laura Berga Liarte, Paula Alcalá Millán, Janina Figuerola Novell, Hind Eddrhourhi, Marta Zamora Bagües. Cuidados de enfermería para evitar el síndrome de muerte súbita del lactante: educación sanitaria para progenitores. (2021). Revista Sanitaria de Investigación.

Capítulo 98

GRIETAS EN EL PEZÓN DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

LAURA SIERRA ÁLVAREZ

1 Introducción

La lactancia materna tiene una gran importancia tanto para la salud de la madre como para la del bebé ya que además de proporcionar los nutrientes necesarios para lograr un crecimiento y desarrollo adecuado, es de fácil digestión y absorción y contiene gran cantidad de anticuerpos que protegen contra infecciones. (1)

La Organización Mundial de la Salud y todas las sociedades científicas dedicadas a la salud infantil (como la Academia Americana de Pediatría AAP, o la Asociación Española de Pediatría AEP) recomienda lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad del lactante, y de ahí en adelante junto con alimentación complementaria hasta los dos años o más, si madre y lactante lo desean. (1)

Sin embargo, a menudo nos encontramos problemas que favorecen el abandono por lo que los profesionales debemos estar formados para acompañar a las madres y ayudar a solucionarlos.

Las grietas son uno de los principales problemas y motivo de abandono de la lactancia materna puesto que originan un gran dolor durante la toma a la madre. Cuando se habla de grietas nos referimos a heridas de mayor o menor calibre y pueden ser superficiales, similares a rasguños, grietas profundas o incluso grietas que pueden presentar pérdida de tejido del pezón que se originan en su mayoría por un mal agarre durante la toma.

2 Objetivos

- Conocer la problemática que implica la aparición de grietas durante la lactancia.
- Dar a conocer el origen y tratamiento de las grietas en el pezón entre los profesionales sanitarios para poder apoyar la lactancia materna entre las mujeres que lo deseen.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha 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, Cuiden y Cochrane. Se seleccionaron artículos comprendidos entre el año 2018-2023 para que la información de este trabajo fuera actual.

4 Resultados

Las grietas son heridas en el pezón de distinta magnitud que se originan durante la lactancia materna. El principal origen es mecánico, debido a un mal agarre al pecho lo que origina fricciones inadecuadas del pezón. (2)

El tratamiento principal consiste en mejorar el agarre para conseguir que la succión sea efectiva sin dolor, por lo que en primer lugar se debería observar una toma.

Una vez corregida la postura y el agarre, es importante la exploración del lactante, para valorar la anatomía orofacial o cualquier disfunción o alteración músculo-esquelética, como una anquiloglosia en el lactante. (2)

De igual manera, pueden originarse grietas por un uso inadecuado del extractor de leche, por lo que es importante valorar cómo lo está haciendo y si la talla es adecuada: el pezón y parte de la areola deben entrar y salir en el embudo durante la succión del aparato. (2)

Cuando ya han aparecido grietas, aunque se solucione el problema que las originaba, se debe cuidar la herida para que cicatrice siguiendo las siguientes pautas:

- Lavado de manos antes de manipular el pecho.
- Higiene diaria con agua y jabón secando cuidadosamente.
- Mantener el pecho al aire lo máximo posible.
- La lanolina está desaconsejada ya que retrasa la cicatrización creando una capa de producto encima no permitiendo el secado de la herida. Aunque existe contro-

versia ya que en algunos estudios los resultados arrojan que el uso de lanolina, compresas de agua tibia, leche materna extraída o apósitos de hidrogel tienen efectos en la estimulación del crecimiento epitelial del pezón aunque no se recomienda el uso de unos por encima de otros. (3)

- Actualmente no hay pruebas suficientes para recomendar ningún tipo específico de tratamiento para el dolor en los pezones en las mujeres que lactan. (4)

Por último, es imprescindible el apoyo emocional a las madres que sufren dolor y grietas. El dolor en la lactancia es muy desesperanzador ya que la madre tiene dolor en todas las tomas. También puede verse afectado el vínculo, ya que la madre empezará a no tener ganas o incluso a tener miedo a que su bebé se despierte y la reclame.

Por ello, cuando existe dolor en la lactancia, nuestra intervención debe ser rápida y eficaz.

5 Discusión-Conclusión

Las grietas pueden evitarse ayudando a conseguir un buen agarre al pecho desde el inicio de la lactancia y corrigiéndolo en cuanto aparezca el dolor, ya que el origen es mecánico, por este motivo es muy importante que acudan a un centro sanitario o consulten a una matrona o especialista de la lactancia lo antes posible en cuanto aparezcan las molestias. Una vez se haya producido la grieta, se debe curar con una higiene con agua y jabón y dejando secar la herida para que cicatrice de forma adecuada, evitando el uso de pomadas o cremas que maceren la herida.

Es importante que los profesionales de la salud estén formados en lactancia materna y sepan cómo prevenir y solucionar los principales problemas que surgen, entre ellos el dolor y las grietas, para poder ayudar a las madres que así lo deseen a continuar con su lactancia.

6 Bibliografía

1. Solano M. Lactancia Materna: Iniciación, beneficios, problemas y apoyo. UCIMED. 2020; 4 (5):105-118.
2. Escofet M, Tremoleda M, Ariza C. Lactancia materna.FMC. 2022; 29(2):84-89.
3. De la Hoz D, Jiménez JF, Rosanía S, Vásquez M, Álvarez L. Revisión sistemática de las causas y tratamientos para las grietas en los pezones durante la lactancia materna. Dialnet. 2019; 15(2):218-222.

4. Silva F, Vieira F, Valarades J, Del'Angelo N, Hetzel S. Lanolina y educación para la salud en la prevención de dolor y lesiones en los pezones: ensayo clínico aleatorizado. *Enfermería clínica*. 2021;31(2):82-90.

Capítulo 99

COMPETENCIAS Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA

M DEL CARMEN RICO CASTILLA

ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ

ANTONIO JESÚS VALLEJO VILLANUEVA

ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ

1 Introducción

El sistema de salud se divide en atención primaria y atención especializada. La atención primaria constituye el primer contacto del paciente con el servicio de salud, mientras que la especializada se hace necesaria cuando la atención primaria no es suficiente y se requiere de estudios y tratamientos específicos llevados a cabo por el especialista, ambas atención sanitaria y especializada son necesarias y complementarias para ofrecer una atención sanitaria de calidad al ciudadano, y ambas cuentan con servicio de urgencias.

Aquellas urgencias que son de menor gravedad y no entrañan un peligro inmediato para la vida pueden y deben ser atendidas en las urgencias de los centros de salud, mientras que cuando se trata de accidentes mayores, pacientes que han

sufrido un politraumatismo, eventos cardiovasculares, etc., los cuales comprometen la vida del paciente, se ha de acudir a las urgencias hospitalarias de forma directa. Además, en las urgencias del centro de salud, cuando el facultativo lo considere, bien porque sea una patología que impresione de gravedad, porque se requiere de pruebas complementarias de las cuales no se dispone en el centro de salud, o bien sea necesario la consulta con un especialista, será el médico de atención primaria el que derivará al usuario desde la urgencia de atención primaria a la hospitalaria.

Una vez en urgencias, el personal de enfermería se encargará del triaje de los pacientes, esto es, asignar a cada uno un valor numérico indicando la gravedad del mismo en una escala de uno a cinco, para así atender con prioridad a aquellos pacientes de mayor gravedad.

En el presente texto se analizarán las funciones que el celador lleva a cabo en el servicio de urgencias.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en el área de urgencias.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en urgencias.
- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en esta unidad, necesario para el correcto funcionamiento del servicio.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “urgencias”, “puerta de urgencias”, 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 área de urgencias es una zona del hospital que siempre está en movimiento, donde se observan pacientes con dolencias muy variadas que involucran multitud de especialidades médicas, así como un amplio abanico en cuanto a la gravedad de los mismos, desde una infección vírica aguda transitoria, hasta una apendicitis que requiere cirugía urgente, o un traumatismo craneoencefálico que requiera de la colocación de una derivación ventricular. Cada día en urgencias es singular y está lleno de retos que afrontar e incertidumbre, pues el día más tranquilo en la puerta de urgencias puede convertirse en un verdadero caos en cuestión de minutos.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

Los celadores serán el primer contacto del paciente con el personal del hospital a la entrada de las urgencias, les conducirán a admisión para recepcionarse y posteriormente les indicarán donde esperar, así como donde tienen que acudir cuando les llamen.

Si el paciente no se orienta en el hospital o no sabe a donde tiene que ir el celador le indicará o le acompañará cuando sea necesario.

Si es necesario transportar a los pacientes en camilla o silla de ruedas a hacerse alguna prueba complementaria, como una radiografía, el celador será quien le lleve al servicio de radiología.

En ocasiones el personal sanitario requerirá de la ayuda del celador en pequeñas tareas, como por ejemplo en la movilización de los pacientes, o sujetar al paciente en determinadas posiciones, etc.

Cuando haya que transportar aparataje médico, máquina de rayos portátiles, ecógrafos, mobiliario, etc., será el celador quien traslade a donde sea necesario todos estos elementos.

El celador trasladará órdenes y comunicados verbales a otros servicios cuando así le sea indicado.

Otra función del celador consiste en recoger las jaulas llenas de ropa sucia al final del día y trasladarlas a lavandería.

El celador será el encargado de procurar el orden en el área de urgencias y mantener el silencio en las áreas de espera.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo del presente texto se ha puesto de manifiesto que el área de urgencias es un área multidisciplinar, en continuo movimiento y flujo de personal y pacientes, y que requiere de la participación de multitud de profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, como lo son facultativos especialistas de medicina de familia, personal de enfermería, auxiliares de enfermería, celadores, personal administrativo, personal de limpieza y mantenimiento, celadores, etc.

El celador con su labor contribuirá a que el servicio de urgencia funcione de forma eficiente y adecuada, lo cual es esencial para que el servicio de salud prestado al ciudadano sea de calidad.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en el Servicio de Urgencias - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 14, 2023, from <https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-de-urgencias/>
2. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Tema 27. Actuación del Celador en el Servicio de Urgencias. (n.d.). Retrieved July 14, 2023, from <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-27-actuacion-del-celador-en-el.html>

Capítulo 100

EL MALTRATO INFANTIL EN LA POBLACIÓN

MARÍA FERNÁNDEZ MUÑIZ

1 Introducción

El maltrato infantil es definido por la OMS como “cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un menor de 18 años, abarca todo tipo de maltrato físico o afectivo, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otra índole que vaya o pueda ir en perjuicio de la salud, el desarrollo o la dignidad del menor o poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (OMS, 2022).

De estudios realizados a nivel internacional se extraen los siguientes datos 3 de cada 4 niños con una edad comprendida entre 2 y 4 años sufren habitualmente castigos físicos o violencia psicológica de la mano de alguno de sus progenitores o gente cercana a su entorno (OMS, 2022).

Los factores de riesgo a tener en cuenta son los que se asocian al menor como son las discapacidades intelectuales o trastornos a nivel neurológico, niños con necesidades especiales o hijos no deseados; entre los factores asociados a los cuidadores destacan los consumidores de sustancias tóxicas, con antecedentes delictivos, las dificultades económicas, las personas con un difícil control de los impulsos, que padezcan trastornos psicológicos o a nivel neurológico, así como de carecer de los conocimientos necesarios para una adecuada crianza; entre los factores comunitarios y sociales destacan las desigualdades, la falta de un domicilio adecuado, el desempleo, la pobreza, países con normas sociales y culturales donde destacan la violencia, las malas condiciones de salubridad e igualdad y por último están los factores asociados a la relación familiar cuando se producen

relaciones de violencia entre los miembros del núcleo familiar, familias desestructuradas, falta de ayuda para el cuidado del niño y un aislamiento social (OMS, 2022).

Las consecuencias de estos malos tratos se manifiestan a nivel físico, sexual y psicológico, tanto a corto como a largo plazo (OMS, 2022).

2 Objetivos

Conocer las fases del proceso de intervención en casos de maltrato infantil.

Describir la mejor manera para llevar a cabo una correcta detección de los casos en los servicios sanitarios.

Explicar cómo se debe realizar una correcta notificación de los casos de maltrato en España.

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 OMS.

Los descriptores empleados fueron: “Maltrato Infantil”, “Consecuencias” y “Prevención”.

4 Resultados

Las fases del proceso de intervención en situaciones donde se produce maltrato infantil en el hogar son las siguientes, la detección, la notificación, la investigación donde se comprueba la validez de la notificación y se valora la necesidad de tomar medidas urgentes y la gravedad, la evaluación donde se recoge toda la información necesaria, la planificación de la intervención, el desarrollo del plan, su seguimiento y la revisión posterior, así como el cierre del caso.

La detección de los casos es el pilar fundamental del proceso, es llevado a cabo por los servicios sanitarios, para tal fin se utilizan como instrumentos diagnósticos “La taxonomía de las necesidades del niño” y “Los indicadores de maltrato y abandono infantil”.

En la taxonomía se recogen todas las necesidades de los niños que deben ser cubiertas para un adecuado desarrollo, se dividen en necesidades de carácter físico y biológico donde se encuentran la alimentación, la higiene, el sueño entre otros;

las necesidades cognitivas como son la estimulación sensorial, la exploración física y social y la comprensión de la realidad física y social y, por último, las necesidades emocionales y sociales, las cuales se dividen en sociales, sexuales y las relacionadas con el entorno físico y social.

Los indicadores de maltrato y abandono infantil se centran en las características físicas del menor como son las lesiones internas, osteoarticulares o cutáneo-mucosas, el comportamiento de los niños, y en las características del comportamiento de los padres.

La notificación al igual que la detección es llevada a cabo por los servicios sanitarios, será puesta en conocimiento de los servicios sociales de municipio que le corresponda al menor, y en caso de lesión física o abuso sexual se comunicará al Juzgado con el pertinente parte médico de lesiones. La notificación se realiza mediante una hoja redactada para tal fin, en ella se marcan todos los indicadores que se manifiestan en el niño, un apartado de comentarios, un dibujo anatómico y un apartado de identificación de los datos del menor.

5 Discusión-Conclusión

El maltrato infantil provoca problemas de salud física y mental en los niños que los padecen, así como consecuencias sociales y laborales a largo plazo, dichos problemas los acompañaran a lo largo de toda su vida. La mejor manera para evitarlo es una prevención eficaz, esto se consigue mediante una atención continuada a los niños, educar a los padres con el fin de que realicen una crianza adecuada y una vigilancia estrecha de los posibles casos. Una atención constante y continua en casos de malos tratos podría evitar que se repitiesen e intentar disminuir las consecuencias tanto físicas como psicológicas que provocan.

Por todo ello es de vital importancia notificar los casos de maltrato cuando se tienen sospechas, no es necesario tener una certeza total y absoluta, con ciertos indicios razonables sería suficiente.

6 Bibliografía

OMS (2022). Maltrato infantil. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Actuación sanitaria ante casos de maltrato infantil. Guía rápida. Recuperado de <https://www.astursalud.es/documents/35439/40152/guiarapida.pdf/7acc38aed1dd-2fa0-6dbd-cff821f2f9a0?t=1620817944396>

Capítulo 101

EL CELADOR EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y AUTOPSIAS

PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA

M DEL CARMEN RICO CASTILLA

ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ

ANTONIO JESÚS VALLEJO VILLANUEVA

ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ

1 Introducción

En el ámbito médico la anatomía patológica y las autopsias desempeñan un papel crucial en la comprensión de las enfermedades, la identificación de causas de muerte y la mejora continua de la práctica médica. En este contexto, el celador desempeña un papel fundamental que va más allá de lo evidente, al brindar un apoyo esencial en el proceso de manejo de muestras, equipos y la organización de espacios en el área de anatomía patológica y durante las autopsias. El celador en esta área se convierte en un elemento clave para el funcionamiento eficiente, respetuoso y seguro de estos procesos médicos esenciales.

En esta exploración, examinaremos en detalle las funciones y responsabilidades del celador en anatomía patológica y durante las autopsias. Desde la preparación y organización hasta el apoyo logístico y el respeto a la dignidad del difunto, el celador desempeña un rol vital en garantizar la precisión, la eficiencia y la ética en estos aspectos críticos de la medicina.

En el entorno de anatomía patológica y durante autopsias, la vestimenta del celador juega un papel fundamental en la protección personal, la seguridad y la higiene. La vestimenta adecuada no solo resguarda al celador de posibles riesgos biológicos, sino que también contribuye a mantener un ambiente profesional y respetuoso.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en anatomía patológica y autopsias en los centros hospitalarios y como se procede a este tipo de unidad

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador en anatomía patológica y durante las autopsias cumple una serie de funciones esenciales que contribuyen al funcionamiento seguro, respetuoso y eficiente de estos procesos médicos. Estas funciones abarcan desde la preparación de materiales hasta la asistencia logística y la preservación del ambiente profesional. Algunas de las funciones clave del celador en este entorno incluyen:

- Preparación de Material: El celador puede colaborar en la preparación de material necesario para las autopsias, como bandejas, equipos y herramientas específicas.
- Recepción y Etiquetado de Muestras: Puede asistir en la recepción de muestras y en su etiquetado correcto, asegurando la trazabilidad y la precisión en el proceso.
- Manejo de Equipos: El celador puede ayudar en la preparación y el manejo de equipos médicos utilizados durante las autopsias, garantizando su disponibilidad y buen estado.
- Transporte de Muestras: Puede ser responsable de transportar las muestras desde las salas de autopsias a las áreas de laboratorio para su análisis posterior.

- Limpieza y Desinfección: Después de cada autopsia, el celador puede colaborar en la limpieza y desinfección adecuada de las áreas de trabajo y equipos utilizados.
- Soporte Logístico: El celador puede asistir en la coordinación de los procesos logísticos durante las autopsias, asegurando que todo se realice de manera fluida.
- Apoyo al Personal Médico: Puede ayudar a los patólogos y otros profesionales de salud en la preparación de las autopsias y en la obtención de las muestras necesarias.
- Preservación de la Dignidad: El celador es esencial para mantener el respeto y la dignidad de los fallecidos, garantizando que los procedimientos se realicen con el máximo respeto y ética.
- Cumplimiento de Protocolos: El celador sigue los protocolos y regulaciones establecidos para garantizar que las autopsias se realicen de acuerdo con los estándares de seguridad y calidad.
- Colaboración en Emergencias: En situaciones de emergencia o para casos especiales, el celador puede ser llamado para asistir en autopsias con requerimientos específicos.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el papel del celador en anatomía patológica y durante las autopsias es fundamental para el funcionamiento efectivo y respetuoso de estos procesos médicos críticos. Aunque su presencia puede ser discreta, sus funciones y responsabilidades son esenciales para garantizar la seguridad, la precisión y el cumplimiento de los protocolos en el manejo de muestras y en la realización de autopsias.

En última instancia, el celador en anatomía patológica y durante las autopsias demuestra su compromiso con la calidad de la atención médica, el respeto por los fallecidos y la integridad de los procesos médicos. Su presencia discreta y su dedicación a estas tareas esenciales demuestran que cada miembro del equipo de atención médica juega un papel importante en la prestación de cuidados respetuosos y de alta calidad en todos los aspectos de la medicina.

6 Bibliografía

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

Capítulo 102

EL CELADOR DURANTE EL PASO DE UN PACIENTE NO COLABORATIVO DESDE LA CAMA AL SILLÓN

M DEL CARMEN RICO CASTILLA

ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ

ANTONIO JESÚS VALLEJO VILLANUEVA

ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ

PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA

1 Introducción

La movilización de los pacientes en aquellos servicios donde se encuentran hospitalizados es una actuación muy común realizada por el personal sanitario y no sanitario.

Generalmente, de la movilización del paciente se ocupa el personal subalterno junto al técnico en cuidados auxiliares de enfermería, ya que los movimientos son realizados durante el desarrollo de las actuaciones diarias dirigidas a proporcionar bienestar al paciente y garantizar su confortabilidad el tiempo que se encuentre hospitalizado.

Estos profesionales se pueden encontrar con dos tipos de pacientes, aquellos que su diagnóstico clínico y condiciones físicas le permiten ser más autónomos y colaborar durante las movilizaciones, y aquellos pacientes que presentan un estado

de salud más delicado y por lo tanto son dependientes de los profesionales para la realización de las movilizaciones.

Existen numerosos medios auxiliares que ayudan al personal a movilizar al paciente sin necesidad de ejercer demasiada fuerza, proporcionando de esta manera mayor seguridad al paciente, puesto que las movilizaciones se realizan de manera más controlada por el personal sanitario. Los medios auxiliares más comunes utilizados en los centros de hospitalización son: el transfer, para transferir a un paciente de una camilla a una cama o viceversa, y la grúa hidráulica, para levantar a un paciente desde la cama y colocarlo en el sillón, y viceversa.

2 Objetivos

- Distinguir a un paciente colaborativo de un paciente no colaborativo.
- Determinar los pasos a seguir durante el paso de un paciente no colaborativo desde la cama al sillón.
- Enumerar las funciones del celador con un paciente no colaborativo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Funciones del celador durante el paso de un paciente desde la cama al sillón.

La principal función del celador es tener preparado el material necesario para el paso del paciente desde la cama al sillón, si fuese necesario la utilización de medios auxiliares.

Otra tarea es la colocación de la cama del paciente, para ello:

- Bajará las barandillas de la cama hospitalaria.
- Acercará el sillón a la cama y la posicionará paralela a ella.
- Bajará el chasis inferior de la cama hospitalaria, y subirá el superior para ir colocando al paciente en posición de sentado, evitando de esta manera ejercer demasiada fuerza para sentar al paciente al borde de la cama.

- Bajará el plano paralelo de la cama lo máximo posible, para evitar que el paciente tenga que realizar un salto para llegar al suelo.

Durante el desarrollo de la actuación el celador deberá auxiliar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería en aquellas tareas que le solicite, como puede ser:

- Ayudarle a colocarle las zapatillas al paciente.
- Ayudarle a colocar una sábana en el sillón.
- Ayudarle a sujetar al paciente con una sábana bajera.

Pasos para seguir durante el paso de un paciente desde la cama al sillón utilizando la grúa hidráulica.

- Colocar el arnés al paciente encamado. El celador movilizará al paciente hacia un lado de la cama mientras el tcae introduce la mitad del arnés debajo del paciente y coloca la otra mitad. El celador movilizará al paciente hacia el otro lado de la cama para que el tcae coloque la otra mitad del arnés.
- Introducir la grúa debajo de la cama.
- Cruzar los enganches inferiores y sujetarlos a la horquilla de la grúa.
- Colocar los enganches superiores a la horquilla de la grúa.
- Sacar la grúa y dirigirla hacia el sillón para bajar al paciente y posicionarlo adecuadamente.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador durante el paso de un paciente no colaborativo desde la cama al sillón” nos demuestran la posibilidad de utilizar un elevador hidráulico para levantar a aquellos pacientes con un gran peso y que no presenta una colaboración activa. Es importante hacer hincapié en la utilización de este medio auxiliar, puesto que con él se puede conseguir dos objetivos muy importantes tanto para el paciente como para los profesionales: por un lado, garantizar mayor seguridad al paciente durante la movilización del paciente pasivo, y por otro lado, evitar que el personal sanitario y no sanitario que interviene en la actuación se puedan hacer daño con los pacientes pesados.

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, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.

3. GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013.
4. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021.
5. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021.

Capítulo 103

EL DOLOR CRÓNICO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

CELIA ARROYO MOLINA

NATALIA AMATE ESCABIAS

LAURA VARGAS BEAMUD

BLANCA HERRERO ALCAIDE

ALBA LÓPEZ MARTIN

1 Introducción

El dolor es un fenómeno subjetivo, una impresión desagradable experimentada por un órgano o alguna parte de nuestro cuerpo que es transmitida al cerebro por los nervios sensitivos. Es una sensación molesta que todas las personas sufren a lo largo de su vida en algún momento, pero que se diferenciará en la intensidad y la duración del mismo. Además, es un síntoma multidimensional que cuenta con componentes sensoriales, fisiológicos, cognitivos, conductuales, afectivos y espirituales. Cuando esta experiencia desagradable se mantiene en el tiempo y se convierte en crónico, puede llegar a ser incapacitante para la persona que lo sufre.

El dolor en pacientes pediátricos ha sido ignorado durante muchos años y, así mismo, ha sido tratado inadecuadamente. Se llegó a pensar que estos pacientes eran menos sensibles al dolor que los adultos, y esto dio lugar a no incidir en la necesidad de establecer una pauta terapéutica del tratamiento del dolor en estas

edades. En la actualidad, se conoce que cualquier patología que provoque dolor en los adultos también lo puede producir en recién nacidos.

Los pacientes pediátricos son personas muy vulnerables, a las que el dolor les puede afectar de forma diferente, ya sea por cómo lo viven, lo sienten o lo expresan, siendo mucho más difícil, especialmente con los más pequeños, la forma de valorarlo, ya que no pueden comunicar qué es lo que están sintiendo. Además, existen numerosos factores de riesgo y otros protectores frente al dolor crónico en la infancia y la adolescencia que harán que estos pacientes lleven mejor o peor su padecimiento.

Debido a la vulnerabilidad de este grupo de población, el dolor crónico en pacientes pediátricos exige un tratamiento integral y la colaboración de diversas disciplinas. Además, requiere que se aborde como una entidad en sí misma con una evaluación desde diferentes contextos en los que la persona se desarrolla; familiar, social, cultural.

DOLOR CRÓNICO

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular, real o potencial o descrito en términos de tal daño”. El dolor es subjetivo, por lo que debe ser aceptado cuando alguien manifiesta que lo está experimentando, independientemente del origen o diagnóstico.

El dolor crónico es un dolor recurrente o persistente, que se caracteriza por presentarse en una duración superior a 3 meses y con un carácter continuo o intermitente de más de 5 días a la semana. Es un dolor que con los tratamientos adecuados no remite y persiste más tiempo del esperado para la curación, pudiendo estar asociado a una patología crónica. Entre los dolores recurrentes más habituales encontramos: el dolor abdominal, la migraña, dolor de espalda, fatiga crónica...

La presencia de dolor crónico en pacientes pediátricos constituye una situación difícil. La prevalencia cada vez está más reconocida y el dolor crónico afecta a diferentes ámbitos del paciente como son el cognitivo, el conductual, funcional, afectivo-emocional y social. Estas situaciones influyen en la duración del dolor y en el riesgo del deterioro de la calidad de vida del paciente y de sus familiares.

Las afecciones más frecuentes que se encuentran de dolor crónico en pacientes pediátricos son: dolor de cabeza, dolor abdominal y el dolor músculo esquelético. Según diferentes estudios, la frecuencia del dolor músculo esquelético en los miembros inferiores es del 41.3%, el dolor de cabeza un 36.1% y el dolor abdominal en un 31.3%. Estas afecciones varían con la edad, siendo el dolor músculo esquelético el más predominante en los/las niños/as menores de 4 años.

2 Objetivos

- Conocer cómo afecta el dolor crónico a los/las niños/as.
- Distinguir los tipos más frecuentes.
- Establecer la forma de evaluarlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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

MECANISMOS HABITUALES QUE PRODUCEN DOLOR

Los/las niños/as experimentan diferentes situaciones dolorosas a lo largo de su crecimiento. Los lactantes y especialmente los/las niños/as prematuros, están sometidos diariamente a múltiples procedimientos invasivos que generan dolor. Los lactantes no pueden expresar el dolor de la misma forma que lo realizan los adolescentes. Es por ello, la importancia de proporcionar un buen manejo del dolor, ya que la repetición de múltiples experiencias dolorosas a lo largo de la infancia está relacionada con alteraciones en la sensibilidad al dolor y la ansiedad. Las vacunas son uno de los procedimientos a los que están sometidos los/las niños/as desde su nacimiento. Estas protegen a los/las niños/as de diversas enfermedades, pero también pueden generar experiencias estresantes y dolorosas tanto para el paciente como para el profesional sanitario. Las experiencias negativas que sufren los/las niños/as pueden influir en la negación ante la realización de otras pruebas diagnósticas. Sin embargo, si se realizan distracciones o intervenciones psicológicas se puede reducir el dolor y la ansiedad.

Los tratamientos quirúrgicos son el segundo de los procedimientos que pueden producir un gran dolor y sufrimientos en los/las niños/as. Los tratamientos psicológicos y farmacológicos pueden ayudar antes y después del procedimiento quirúrgico para la disminución del dolor. A su vez, estas terapias pueden utilizarse para disminuir los niveles de estrés y recuperar el funcionamiento normal.

CONSECUENCIAS DEL DOLOR CRÓNICO

Sobre la capacidad funcional y el sueño

Se ha relacionado el dolor crónico con altas tasas de discapacidad funcional. Tras estudios realizados sobre experiencias en la infancia y la adolescencia, se concluyó que en la infancia y la edad escolar el dolor está mal caracterizado, ya que son las personas que los cuidan las que interpretan y expresan las experiencias con el dolor. En la edad escolar, se observó un elevado nivel de discapacidad física. Y en la adolescencia se da un pico elevado de discapacidad en relación al dolor, puede relacionarse con la pubertad.

Prácticamente la mitad de los casos de dolor crónico presentan trastornos del sueño asociados en la población pediátrica. Estos problemas con el sueño se manifiestan como dificultad para conciliarlo, frecuentes despertares durante la noche, sueño fragmentado y mala calidad del mismo. Este conjunto indica mayores limitaciones funcionales durante el día, con fatiga, siestas frecuentes y menor calidad de vida percibida.

Sobre el desarrollo personal y salud mental

La manera de afrontar el dolor es diferente dependiendo de la edad, de esta forma en la infancia y la edad preescolar, el dolor crónico está más relacionado con una respuesta en forma de ira, con mayor tensión, temperamentos más difíciles y mayor sensibilidad al dolor. Mientras que, en la adolescencia, está más relacionada con la depresión y trastornos de ansiedad que generan mayor discapacidad funcional. La ansiedad generada presenta conjuntamente excitación física, creando un círculo vicioso de dolor crónico, ansiedad, tensión muscular y mayor sensibilidad al dolor.

Por otra parte, se han observado ciertos recursos como la resiliencia y el optimismo que ayudan a generar una mayor adaptación al dolor. De esta forma, un paciente con dolor crónico, que no presente problemas psicológicos, con habilidades de afrontamiento adecuadas y apoyo emocional presentará mejores resultados que pacientes con niveles de estrés elevados, dificultades emocionales y apoyo escaso o nulo.¹

En el apoyo social entre pares

Las relaciones sociales y el apoyo social se ha reconocido como un factor que es beneficioso para la salud, ya que permite a los pacientes lidiar mejor con las situaciones de estrés generadas como lo es el dolor crónico. Los estudios han demostrado que los pacientes infantiles que presentaban buenas relaciones sociales antes de padecer dolor crónico continuaron con estas relaciones y las fomentaron.

La disminución de la asistencia a los centros educativos debido al dolor crónico, las hospitalizaciones y las visitas médicas pueden aumentar el aislamiento social.

Según los estudios, los pacientes infantiles con dolor crónico pueden denegar asistir a los colegios debido a que piensan que se agravarán los síntomas y no les será fácil permanecer allí. A su vez, la ausencia a las aulas puede conllevar al retraso académico, y llevar de nuevo a la negación del paciente para acudir a la escuela por ser consciente de que no es capaz de llevar el ritmo de clase.

EVALUACIÓN DEL DOLOR

Actualmente, se utilizan las escalas del dolor para la evaluación del dolor. Todas las escalas deberían seguir las puntuaciones marcadas por la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor), donde se establecen diferentes niveles de 0 a 10: entre 1-3 dolor leve, de 4-7 dolor moderado, y más de 7 dolor grave. Es importante que las escalas presenten las adecuadas propiedades psicométricas: validez, responsabilidad y confiabilidad.

Los resultados que se obtengan de la escala del dolor nos guiará sobre el manejo que debemos realizar sobre este. Si no se realiza una buena valoración podemos llegar a una sobrevaloración del dolor, donde se administra un tratamiento farmacológico innecesario al niño/a. A su vez, también podemos estar ante una infravaloración del dolor, situación más común, lo que produce un mayor sufrimiento en el paciente ya que no se le está administrando el tratamiento necesario para el manejo del dolor.

Según diferentes estudios, se ha demostrado que las puntuaciones de las escalas del dolor son menores cuando las realizan los profesionales sanitarios en comparación con las autorealizadas por los propios niños/as o las escalas realizadas por los progenitores.

Los artículos muestran que las escalas gold-standard son las autoadministradas, posteriormente se deberían usar las escalas de observación del comportamiento realizadas por los profesionales sanitarios o valorando el dolor junto con los progenitores. Aunque las escalas autoadministradas son las goldstandard, no se ha definido la edad a partir de la cual se deban realizar.

Se ha demostrado que la percepción y descripción del dolor está relacionado con características como la etnia, el sexo, el lenguaje del niño/a, la edad, y la capacidad de comprensión y expresión. Sin embargo, los estudios muestran que no existe ningún método de evaluación totalmente adecuado, por lo que deben utilizarse dos o más de ellos. Los principales métodos de evaluación son:

Escala analógica visual y termómetro de dolor

La escala analógica presenta una graduación del dolor, desde la ausencia de dolor, colocado en un extremo, hasta el dolor intenso, colocado en el otro extremo. El paciente debe señalar en qué punto se sitúa su dolor. Esta escala está enfocada para niños/as de 7 o más años.

En cuanto a los termómetros, son escalas numéricas de 0 a 10 o de 10 a 100 donde de nuevo el/la niño/a debe marcar su dolor.

Escala facial del dolor (Faces Pain Scale)

Fue desarrollada por Bieri, Revé y Champion en el hospital infantil Prince of Wales de Sydney (Australia). Se utilizan dibujos de caras que representan diferentes estadios del dolor. Los/as niños/as deben elegir qué cara se asemeja más al sentimiento que sufren con su dolor.

Escala de los “¡Ay!” (Oucher Scale)

Utiliza imágenes de caras de niños/as. Está destinada para niños/as de entre 3 y 12 años.

Escala de CHEOPS (Children’s Hospital of Eastern Ontario Pain Scale)

Se utiliza para valorar el dolor postoperatorio, utilizando diferentes comportamientos como la respuesta facial, el llanto, el movimiento del tronco, tocarse la herida, lenguaje del niño/a y movimiento de las piernas.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL DOLOR CRÓNICO

En la evaluación del impacto funcional del dolor crónico hay que tener en cuenta todos los ámbitos de la funcionalidad del niño/a y su familia. Según el modelo de Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud, en el paciente pediátrico con dolor crónico incapacitante se debe evaluar:

- Funciones y estructuras corporales comprometidas por el dolor
- La actividad del individuo
- La participación del individuo en la familia y en la sociedad (escuela, actividades sociales...) teniendo en cuenta los factores personales y ambientales

Evaluación de las funciones y estructuras corporales comprometidas

Se evalúa la localización e intensidad del dolor, fuerza, movilidad articular, postura y movilidad del niño/a en reposo y realizando diversas actividades, los gestos compensatorios, el patrón de marcha... Se debe establecer la estructura que refiere el dolor, el tiempo de evolución del mismo y si ha sido recurrente.

Además, en presencia del dolor, detallar cómo es, con qué se puede comparar, si se ha mantenido en la localización o se ha extendido, si se hace más potente en algún momento del día determinado, si interfiere en su patrón del sueño, si le hace sentirse cansado a lo largo del día...

Evaluación de la actividad

Hay que detallar su nivel de dependencia en su desempeño habitual, definir qué actividades diarias le producen más dolor y cómo suele actuar para evitarlo o solucionarlo.

Evaluación de la participación

Se definen las actividades que el/la niño/a realizaba antes de la aparición crónica del dolor y las que ya no realiza, cómo ir a la escuela, participar en deportes, actividades sociales con compañeros(as), familia... y se debe conocer si esto le ha supuesto algún impacto emocional. Además, existen diferentes índices que evalúan el grado de compromiso en la actividad y participación, siendo el más recomendado el Inventario de la Discapacidad Funcional, aunque también se encuentran el WeeFIM (Medida de Independencia Funcional) para pacientes pediátricos y el P-PDI (índice de Discapacidad en el Dolor Pediátrico).

Tras la evaluación de estos parámetros, se recomienda crear un plan de rehabilitación para conseguir el máximo de dolor, la recuperación funcional del paciente en el menor tiempo posible, la mayor independencia y autonomía según su edad, y la reintegración social.

PRESENTACIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE ALGUNAS AFECCIONES DEL DOLOR CRÓNICO

Dolor abdominal

Los trastornos funcionales relacionados con el dolor abdominal afectan al 20% de los/as niños/as, en la mitad de estos se diagnostica el síndrome de intestino irritable, y en otros, la dispepsia funcional y las migrañas. Los pacientes pediátricos afectados ven disminuida su calidad de vida, presentan mayores signos de depresión, aislamiento social y muestran frecuentes ausencias escolares.

El diagnóstico de este dolor generalmente se realiza mediante el criterio Roma III (utilizado en las enfermedades o síndromes gastrointestinales), que incluyen:

1. Dolor abdominal episódico o continuo
2. Criterios insuficientes para otros trastornos gastrointestinales funcionales
3. Sin evidencia de un proceso inflamatorio, metabólico, anatómico o neoplásico que pueda explicar los síntomas.

Para el tratamiento de este tipo de dolor, en muchas ocasiones, se tiene que tener en cuenta las causas subyacentes específicas individuales de cada individuo, como otros órganos afectados por este dolor, o agravantes asociados. Pero fundamentalmente, su tratamiento debe tener un enfoque rehabilitador restaurando los horarios regulares de comidas, con fisioterapia, actividad física y ejercicio diario, y estableciendo horarios de sueño adecuados y saludables. Además, se ha observado que la terapia cognitivo-conductual también es eficaz para tratar el dolor abdominal.

Dolor de espalda baja

La prevalencia de este tipo de dolor es complicada de determinar, pero algunos estudios marcan que existe una prevalencia de un mes de dolor de espalda baja en el 40% de los adolescentes. Las chicas tienen mayor predisposición a experimen-

tar este dolor junto con dolor generalizado en todo el cuerpo. Además, se conoce que la prevalencia del dolor de espalda baja aumenta durante la adolescencia, alcanzado los niveles de adultos a los 18 años.

La evaluación de este dolor en pacientes pediátricos debe incluir preguntas sobre el evento que lo pudo generar, la calidad, la duración, la ubicación, síntomas asociados y un examen musculoesquelético y neurológico exhaustivo.

El tratamiento y la prevención incluye educación e higiene postural, práctica de ejercicio de fisioterapia y actividad física regular. Con recomendaciones de ejercicio aeróbico similares a la población adolescente de unos 30-60 minutos al día de actividad continua.

Fatiga crónica

La fatiga crónica y el dolor crónico son dos síntomas que generalmente coexisten, además puede estar relacionada con otras condiciones médicas como hipotiroidismo, enfermedad celíaca, trastornos inflamatorios, insuficiencia renal, infecciones... La fatiga crónica es la fatiga clínicamente evaluada, persistente, recurrente que no está relacionada con el esfuerzo y no se alivia por completo con el descanso, y que genera reducción significativa de la actividad.

Numerosos tratamientos han sido propuestos para la fatiga crónica, pero muchos no han sido sometidos a evaluación rigurosa, aunque otros sí son útiles, como los programas de ejercicio programado aumentando gradualmente. También es eficaz la terapia cognitivo-conductual (al menos en el 60% de adolescentes), disminuyendo la fatiga, aumentando la participación de los pacientes en la escuela y mejorando su funcionamiento físico.

Síndrome de dolor regional complejo (CRPS)

Es un trastorno de una región localizada caracterizado por dolor, hinchazón, alo-dinia, rango limitado de movimiento, inestabilidad motora, cambio en la textura y/o color de la piel, y desmineralización ósea, suele iniciarse tras una lesión o cirugía. Además del dolor presenta otra clínica como disfunción autonómica, sueño desordenado, estrés, síntomas de conversión, trastornos alimenticios, comportamientos autolesivos... Por ello, es importante identificar y gestionar estos síntomas para actuar lo antes posible.

El tratamiento debe iniciarse con fisioterapia, terapia ocupacional y terapia cognitivo-conductual, incidiendo en la terapia intensiva de ejercicio inicial ya que se ha demostrado que es bastante eficaz para el tratamiento de CRPS en niños/as.

Fibromialgia de inicio juvenil (JFM)

La identificación de esta patología es bastante compleja y requiere de un diagnóstico clínico, con dolor generalizado y diversos síntomas asociados como fatiga,

niebla cognitiva, dificultades para dormir, trastornos del estado de ánimo, migrañas... En general, afecta a un 2-6% de niños/as, siendo en su mayoría mujeres adolescentes. Los pacientes pediátricos afectados por JFM pueden presentar dificultad en sus funciones físicas debido al dolor, disminución de la calidad de vida y un mayor tiempo sedentario, por lo que afecta generalmente en su asistencia escolar con altas tasas de ausentismo.

Como tratamiento se propone la realización de ejercicio para mejorar la función aeróbica, el estado de ánimo, el bienestar general y disminuir el dolor. El ejercicio debe ser aeróbico y realizarlo 2 o 3 días a la semana con una intensidad leve o moderada, ya que se ha observado que la realización de ejercicio intenso puede empeorar los síntomas.

Jaqueca

El dolor de cabeza se encuentra presente a todas las edades de la infancia; el 4% de niños/as en edad preescolar, 10% en edad escolar y 16% de las mujeres jóvenes experimentan las jaquecas. El dolor de cabeza crónico se caracteriza por presentarse en un periodo superior a 15 días al mes durante más de 3 meses, y ocurre al 1% de niños/as en edad escolar, 1% en escuela media, 2,5% de niñas de secundaria... Siendo la forma más recurrente de dolor de cabeza la migraña.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día, se conocen más datos sobre el dolor crónico y cómo afecta este a los/as niños/as en la infancia y en la adolescencia. Se ha visto que tiene un gran efecto en diversos ámbitos; fisiológico, cognitivo, conductual, afectivos y espirituales, y a su vez, estos componentes harán que el individuo valore el dolor crónico de una forma u otra.

De esta forma, el concepto que obtenemos del dolor o la tolerancia a este, el alojamiento del dolor, el apoyo social, los modelos de dolor aprendidos por la familia o la reacción que nos hacen tomar frente al dolor, así como, la genética, la biología, la cognición del dolor y diferentes trastornos asociados que pueden generarse tras el dolor, o haberse establecido antes; serán los factores que modulen el dolor en el paciente pediátrico y que hagan que el paciente actúe de una forma u otra ante este.

Los dolores crónicos más frecuentes en los pacientes de edad pediátrica son el dolor abdominal y la jaqueca, pero entre otros encontramos también, dolor de espalda baja, fatiga crónica, síndrome de dolor regional complejo...

Existen diversas maneras de evaluar el dolor, aunque se observa que en la evalu-

ación del dolor crónico se hace difícil establecer unas pautas más exactas, por lo que es necesario indagar y establecer otras pautas para su correcta evaluación.

Además, el tratamiento del dolor crónico puede llevarse a cabo a través del tratamiento psicológico que ha demostrado una gran eficacia, con terapias individuales con el paciente y terapias conjuntas con la familia, para hacerles comprender mejor su padecimiento, poder conseguir una buena rehabilitación y así realizar las actividades del día a día de la mejor forma posible. Así mismo, existen tratamientos farmacológicos, que muchas veces son imprescindibles.

6 Bibliografía

1. Cáceres-Matos R, Gil-García E, Barrientos-Trigo S, Molina E, Porcel-Gálvez AM. Consecuencias del dolor crónico en la infancia y la adolescencia. *Gac Sanit.* 2019;33(3):272-282. doi:10.1016/j.gaceta.2017.11.007
2. Suárez Sanz S. Dolor en pediatría. Enfoque terapéutico. *Farm Prof.* 2002;16(9):82-87.
3. Lillo S. Medicina física y rehabilitación en el dolor crónico pediátrico. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2019;30(6):436-445. doi:10.1016/j.rmcl.2019.10.001
4. Landry BW, Fischer PR, Driscoll SW, et al. Managing Chronic Pain in Children and Adolescents: A Clinical Review. *PM&R.* 2015;7(11):S295-S315. doi:10.1016/j.pmrj.2015.09.006
5. Reduciendo el dolor en lactantes, niños y adolescentes. The Cochrane database of systematic reviews. doi:10.1002/14651858.ED000135
6. Merino Bonilla C. Valoración del dolor en pediatría: validez de las escalas del dolor. *Univ les Illes Balear.* Published online 2019:46. <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/150314>
7. Fisher E, Law E, Dudeney J, Palermo TM, Stewart G, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2018(9). doi:10.1002/14651858.CD003968.pub5
8. Madurga AMC, Ibarra RO, Gómez AP, González AA, Pérez UG, Quintana LAI. El dolor infantil, un acercamiento a la problemática desde la bioética. *Rev Cubana Pediatr.* 2012;84(3):275-281.

Capítulo 104

ELECTROENCEFALOGRAMA INFANTIL (EEG)

MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ

M^a ELISABETH SERRANO MORA

LAURA TRUJILLO SERRANO

MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS

MARÍA APOLONIA BETETA BETETA

1 Introducción

Un electroencefalograma es el estudio mediante el cual se registra la actividad eléctrica del cerebro en situación basal, de vigilia y sueño con métodos de activación como la apertura y cierre de ojos, la hiperventilación y la foto estimulación con una fuente luminosa.

Suele ser necesario llevar a cabo la técnica durante el sueño con previa privación del niño la noche anterior.

La actividad de la corteza cerebral se manifiesta por variaciones de potencial que se recogen en el cuero cabelludo, a través de diferentes electrodos colocados de forma exacta en la superficie de la cabeza, y mediante un sistema de amplificación las células del cerebro producen impulsos eléctricos que se registran en forma de ondas cerebrales.

Su utilidad sigue siendo básica en el estudio de la epilepsia tanto en niños como adultos y como técnica de rutina en cefaleas, síncope, mareos y trastornos de conciencia, incluido el coma y la muerte cerebral.

La electroencefalografía se puede utilizar para comprobar el mal o buen funcionamiento del cerebro, valorar un daño cerebral en pacientes que hayan sufrido lesiones graves en la cabeza y puede ayudar en el diagnóstico de diversas enfermedades, como tumores cerebrales, trastornos del sueño, epilepsia y varias enfermedades degenerativas del sistema nervioso. También es útil para evaluar si se ha producido una muerte cerebral o también para la valoración del Trastorno por Déficit de Atención (TDAH).

Los datos obtenidos por los EEG son limitados en el sentido de que registran pequeñas muestras de actividad eléctrica de la superficie del cerebro y no pueden analizar la actividad más profunda, como la emoción, lo que los hace no aptos para diagnosticar enfermedades psiquiátricas.

2 Objetivos

Explicar cuestiones básicas sobre el EEG infantil.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- La habitación debe tener poca luz y estar ausente de ruidos
- Se coloca al niño en la cama. También está permitido que los padres los mantengan en brazos para que se sientan seguros.
- Se le colocan los electrodos en la superficie de la cara (ojos, mentón y cardio) a los que se añade un electrodo conectado a tierra (que no tiene conexión con ningún otro).

- Los gorros que utilizan se distinguen en colores en función del diámetro de la cabeza.
- La colocación de los electrodos debe realizarse siguiendo el sistema internacional 10-20, que utiliza cuatro referencias anatómicas cefálicas (IFSECN), que incluyen el área frontal, central, parietal y occipital, el área temporal, anterior o frontal inferior, las áreas temporales medias y posterior, la auricular (orejas) o región mastoidea y regiones de la línea media en el área frontal, central y parietal.
- Una vez colocado el gorro, para mejorar el contacto con la piel, se aplica gel conductor seguido de un pequeño rascado de la superficie de debajo del electrodo con una aguja sin bisel.
- Comienza el registro digitalizado.
- Durante el registro se le pedirá que mantenga los ojos cerrados y abiertos y que realice maniobras de activación como la hiperventilación, que suele durar 3 minutos, y la estimulación luminosa con una luz de tipo flash a distintas frecuencias.
- El registro suele durar alrededor de una hora.

Durante la realización de un EEG se registran una serie de ondas:

- El ritmo de base es el alfa, que se diferencia por tener diez ciclos por segundo, que registra sobre todo la mitad posterior del cuero cabelludo con ojos cerrados. En el momento en que los abre desaparece.
- La estimulación con luz modifica el ritmo alfa.
- En la hiperapnea aparecen ritmos más lentos, más amplios.

Actividad de fondo en Vigilia: a- Prematuros: En niños menores de 33 semanas, el trazado de base es principalmente discontinuo. Predomina la actividad delta (complejos delta-cepillo). b- Recién nacido a término: La actividad de fondo es predominantemente continua e irregular. Está constituida fundamentalmente por frecuencias theta y delta de amplitud variable. c.- 2 a 4 meses: La actividad de fondo está constituida por un ritmo básico posterior a 3-4 Hz y 50-100 microvoltios de amplitud. Predominan las frecuencias theta y delta. Entre los 3 y los 4 meses de vida aparece la reactividad a la estimulación lumínica intermitente (ELI). d- 4 a 12 meses: Se produce una disminución progresiva de la proporción de frecuencias lentas theta y delta y un aumento de la frecuencia del ritmo posterior hasta llegar a los 6-7 Hz a los 12 meses. e.- 1 a 3 años: El ritmo posterior continúa aumentando su frecuencia hasta los 7-8 Hz. f- 3 a 6 años: La frecuencia de alfa aumenta con la edad, alcanzando los 8-9 Hz a los 6 años. Es frecuente el ritmo mu y la presencia de ondas lentas posteriores propias de la juventud a 2'5-4'5 Hz. g- 6 a 12 años: El ritmo alfa continúa aumentando su frecuencia hasta los 9-10 Hz a los 10 años. Es habitual la presencia de ondas lentas posteriores y ritmo

mu. Aparecen las ondas lambda. h- 13 a 19 años: El ritmo alfa está bien definido y alcanza una frecuencia de 9-11 Hz.

Ocasionalmente, la frecuencia del ritmo posterior puede alcanzar incluso los 12-13 Hz. Hay una disminución progresiva de la proporción de ondas lentas posteriores de la juventud. Es común la presencia de ritmo mu y ondas lambda.

Actividad de fondo en Sueño a- Recién nacido: A partir de la 30 semana es posible diferenciar en registros poligráficos el sueño lento del sueño activo (con movimientos oculares rápidos). El sueño lento se caracteriza por un EEG discontinuo, una disminución de los movimientos oculares y una respiración regular. El sueño activo se caracteriza por un EEG continuo, movimientos oculares rápidos y corporales y una respiración irregular. En el recién nacido a término el sueño de movimientos oculares rápidos representa hasta el 65% del registro de sueño. b- 1 a 12 meses: Los husos de sueño aparecen a partir de los 2 meses de vida, aunque lo habitual es que lo hagan entre los 6 y los 8 meses, tienen una frecuencia de 12 a 15 Hz y pueden ser asimétricos hasta los 9 meses. A partir de los 3 meses, en somnolencia y en fases iniciales del sueño NREM, se registra con frecuencia una actividad rítmica de alto voltaje denominada hipersincronía hipnagógica, que en ocasiones puede simular una actividad de punta-onda. Las ondas del vértex y los complejos K suelen aparecer a partir de los 5 meses. La actividad de fondo oscila entre los 0'75 Hz y los 3 Hz. A partir de los 8 meses es posible diferenciar las cuatro fases del sueño NREM. c- 1 a 3 años: La actividad de fondo oscila entre los 4-6 Hz en la somnolencia y 1-6 Hz en el sueño NREM. La hipersincronía hipnagógica sigue siendo un hallazgo frecuente. d- 3 a 6 años: En somnolencia se suele apreciar una atenuación del alfa, aunque la hipersincronía hipnagógica puede estar presente hasta los 11 años. e- 6 a 12 años: La hipersincronía hipnagógica es cada vez menos frecuente a medida que avanza la edad. Comienzan a aparecer POSTS (Positive Occipital Sharp Transients of Sleep).

5 Discusión-Conclusión

El electroencefalograma (EEG) es uno de los pocos métodos de los que disponemos para evaluar la función del sistema nervioso central y diagnosticar y controlar trastornos convulsivos. Además de tener las ventajas de ser no cruento y de bajo costo.

La epilepsia es la enfermedad más frecuente de inicio en la infancia que se asocia con frecuencia a una serie de discapacidades del desarrollo, incluidos retraso mental, convulsiones y anomalías visuales, auditivas, del habla, cognitivas y con-

ductuales.

Se constata una asociación estadísticamente significativa entre las anomalías epileptiformes y el diagnóstico clínico de epilepsia en niños.

Las anomalías del EEG se asocian mayormente con la extensión bilateral de la afectación motora, y con las lesiones detectadas mediante los estudios de imágenes estructurales.

Existe una tendencia a la asociación entre las alteraciones Electroencefalográficas, el tipo de epilepsia y la presencia de retardo en el desarrollo psicomotor.

El EEG es un estudio de diagnóstico funcional complementario al TAC y RMN.

6 Bibliografía

1. Aminoff MJ, Greenberg DA, Simon RP. Neurologia clinica. Madrid: Diaz Santos; 2006
2. Guyton AC, Hall J. Tratado de fisiología medica. 11ªed.Madrid: Elsevier, 2006
3. Servicio de Salud de Castilla la mancha. Protocolos de la Unidad de Neurofisiología Clínica. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo: SESCAM; 2007

Capítulo 105

PLAN DE CUIDADOS DEL TRASPLANTE CARDÍACO

MARINA RODRIGUEZ LUNA

AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ

JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS

ANA DÍAZ CABALLERO

ELENA MOYA CRESPO

1 Introducción

El trasplante cardíaco se considera el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada, existiendo una insuficiente respuesta al tratamiento usual y cuyas oportunidades de supervivencia son precarias.

La insuficiencia cardíaca (IC) se trata de una enfermedad con una elevada prevalencia, tanto es así que la padecen alrededor de 23.000.000 de pacientes en el mundo. Debido al incremento de las listas de espera y la escasos de donantes, se hace aún más importante una selección de candidatos enfermos correcta. (1)

Debemos de tener en cuenta que el trasplante cardíaco no es una opción a otros tratamientos, sino que es la última alternativa de nuestras diferentes posibilidades terapéuticas. Las indicaciones de trasplante cardíaco están clasificadas en absolutas, relativas e insuficientes.

Indicaciones absolutas:

- Shock cardiogénico refractario.
- Compromiso hemodinámico provocado por la insuficiencia cardíaca.
- VO₂ (Consumo máximo de oxígeno) < 10 ml/kg/min con alcance de metabolismo anaeróbico.
- Documentación de la existencia de una dependencia al soporte inotrópico intravenoso para la adecuada perfusión de los órganos.
- Severidad de los síntomas de isquemia.
- Arritmias ventriculares recurrentes refractarias.

Indicaciones relativas:

- VO₂ (Consumo máximo de oxígeno) de 11-14 ml/kg/min.
- Isquemia inestable recurrente.
- Inestabilidad de la función renal y del equilibrio hídrico de forma recurrente, no causada al incumplimiento del tratamiento médico.

Indicaciones insuficientes:

- Disminución de la fracción de eyección en el ventrículo izquierdo.
- Historia clínica de sintomatología de IC de clase III o IV de la NYHA.
- Previas arritmias ventriculares.
- VO₂ (Consumo máximo de oxígeno) > 15 ml/kg/min. (2)

2 Objetivos

- Ejecutar la valoración de la situación en la que se encuentra el paciente atendiendo a las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson.
- Determinar los problemas en cada una de las necesidades.
- Planificar un Plan de Cuidados de Enfermería en un paciente con trasplante cardíaco.

3 Caso clínico

Datos personales:

- Sexo: Mujer
- Edad: 55 años
- Nombre y apellidos: Antonia Romero Pérez
- Dirección: Calle Hidalgo, nº2.
- Población: Puertollano.
- Provincia: Ciudad Real
- País: España.
- Estado civil: Casada.

- Miembros en la familia: Son 4 (Marido, 1 hija, 1 hijo y ella).
- Ocupación: Profesora.

Hábitos del paciente:

- Ejercicio físico: Paciente sedentaria. No realiza ejercicio frecuentemente. Alrededor de tres días a la semana, pasea alrededor de 40 minutos.
- Tabaquismo: Fumadora durante su juventud (15- 27 años).
- Alimentación: Previamente al primer infarto seguía una dieta alta en calorías, sin cuidar así sus hábitos alimenticios. Actualmente sigue una dieta estricta.

Antecedentes personales:

La paciente ha sido intervenida por un trasplante cardíaco como consecuencia de diversos problemas respiratorios. Además, sufría episodios de taquicardia eventualmente.

- Embarazo: Cesárea en su segundo parto.
- Operaciones previas: operación de anginas y de la reciente operación por trasplante cardíaco.
- Otros sucesos: dos infartos a lo largo de su vida.
- Tensión: HTA.
- Problemas psicológicos: Depresión.
- Alergias e intolerancia: Ibuprofeno.

Evolución:

La paciente acude a la consulta por dos motivos principales. El primero es que padece insuficiencia cardíaca respiratoria y aunque no realice acciones de excesivo esfuerzo, se fatiga con facilidad. En segundo lugar, eventualmente presenta episodios de fiebres altas (alrededor de 38.5°).

Valoración de Patrones Funcionales:

1. Percepción y control de la salud → **PATRÓN ALTERADO**. La paciente consideraba que su estado de salud ha mejorado con el trasplante cardíaco. No obstante, los dos últimos meses afirma que su estado ha empeorado y no se siente cómoda.
2. Nutricional-metabólico → **PATRÓN NO ALTERADO**. A raíz de la operación sigue una dieta estricta y guiada.
3. Eliminación → **PATRÓN NO ALTERADO**. La paciente argumenta que no presenta ningún problema respecto a la eliminación de desechos.
4. Actividad y ejercicio → **PATRÓN ALTERADO**. Su estilo, vida, manifiesta que es sedentario. Apenas realiza actividad física, lo cual empeora su estado de salud. Sale a pasear con su familia muy de vez en cuando y realiza actividades diarias como hacer la compra o diversos recados.

5. Sueño-descanso → PATRÓN ALTERADO. La paciente consolida que apenas descansa, puesto que cuando va a dormir presenta ahogo.
6. Cognitivo-perceptivo → PATRÓN NO ALTERADO. Tiene un correcto nivel de consciencia, no presenta ninguna alteración cognitiva ni perceptiva.
7. Autopercepción-autoconcepto → PATRÓN ALTERADO. La paciente asiente que tiene una imagen distorsionada de sí misma, no se siente bien con su cuerpo. Respecto al estado de ánimo, está alterado puesto que presenta depresión.
8. Rol relacionas → PATRÓN NO ALTERADO. Su situación familiar es favorable, toda su familia la atiende adecuadamente y siempre va acompañada de la misma en todas sus consultas.
9. Sexualidad-reproducción → PATRÓN ALTERADO. Presenta principios de menopausia, ha tenido tres embarazos y lleva una vida sexual inactiva.
10. Adaptación-tolerancia al estrés → PATRÓN ALTERADO. Carolina afianza que ha presenciado situaciones bastante estresantes, puesto que día a día lidia con adolescentes que alteran fácilmente su estado anímico.
11. Valores-creencias → NO ESTÁ ALTERADO. Es una paciente creyente, se aferra mucho a su religión para hacerle este tramo de su vida mucho más llevadero.

PLAN DE CUIDADOS:

1. DIAGNÓSTICO NANDA: 00193 Descuido personal: Constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.

Dominio 1, clase 2.

Resultado NOC:

- 1621. Conducta de adhesión de dieta saludable.
- 1855. Conocimiento: estilo de vida saludable.

Intervenciones NIC:

- 4480. Facilitar la autoresponsabilidad.

Actividades:

- Considerar responsable al paciente de su propia conducta.
- Fomentar la admisión de malas conductas según corresponda.
- Establecer límites sobre las conductas manipuladoras.
- 5230. Mejorar el afrontamiento.

Actividades:

- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.

- Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.

2. DIAGNÓSTICO NANDA: 00168. Sedentarismo: Informe sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

Dominio 4. Clase 2.

Resultados NOC:

- 2004. Forma física: Ejecución de actividades físicas con vigor.
- 0001. Resistencia: Capacidad para mantener la actividad.

Intervenciones NIC:

- 0200. Fomento del ejercicio.

Actividades:

- Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico.
- Investigar experiencias deportivas anteriores.
- Explorar los obstáculos para el ejercicio.
- 1260. Manejo del peso.

Actividades:

- Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.
- Ayudar en el desarrollo de planes de comida bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético.
- Informar al individuo si existen grupos de apoyo disponibles para su ayuda.

3. DIAGNÓSTICO NANDA: 00096. Deprivación del sueño: Periodo de tiempo prolongado sin sueño.

Dominio 4. Clase 1.

Resultados NOC:

- 0003. Descanso: Grado y patrón de disminución de actividad para la recuperación física y mental.
- 0004. Sueño: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.

Intervenciones NIC:

- 1850. Mejorar el sueño.

Actividades:

- Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.
- Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.
- Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.
- 6482. Manejo ambiental: confort.

Actividades:

- Ofrecer la elección, siempre que sea posible, de actividades sociales y visitas.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.

4. DIAGNÓSTICO NANDA: 00120. Autoestima baja situacional: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual especificada.

Dominio 6. Clase 2.

Resultados NOC:

- 1205. Autoestima: juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.
- 1302. Afrontamiento de problemas.

Intervenciones NIC:

- 5380. Potenciación de la autoestima.

Actividades:

- Mostrar calma.
- Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los períodos de ansiedad.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas de afrontamiento habituales.
- 5270. Apoyo emocional.

Actividades:

- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Animar al paciente a que exprese sentimientos tales como la ansiedad, ira y tristeza.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

5. DIAGNÓSTICO NANDA: 00059. Disfunción sexual: Estado en el que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.

Dominio 8. Clase 2.

Resultados NOC:

- 0113. Envejecimiento físico: Cambios físicos normales que se producen con el proceso natural de envejecimiento.
- 0119. Funcionamiento sexual: Integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la manifestación y función sexual.

Intervenciones NIC:

- 5248. Asesoramiento sexual.

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y en el respeto.
- Evaluar la presencia de estrés, ansiedad y depresión como posibles causas de la disfunción sexual.
- Evitar mostrar aversión, por una parte, corporal alterada.
- 7680. Ayuda en la modificación de sí mismo.

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada.
- Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.
- Animar al paciente a desarrollar una lista de recompensas de valores extrínseco o intrínseco.

6. DIAGNÓSTICO NANDA: 00146. Ansiedad: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.

Dominio 9. Clase 2.

Resultados NOC:

- 1211. Nivel de ansiedad: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.
- 1402. Autocontrol de la ansiedad: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.

Intervenciones NIC:

- 5820. Disminución de la ansiedad.

Actividades:

ACTIVIDADES

- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Controlar los estímulos de las necesidades del paciente, según corresponde.
- 6040. Terapia de relajación simple.

Actividades:

- Considerar la capacidad y voluntad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.
- Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
- Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación. (3,4,5)

4 Discusión-Conclusión

A día de hoy, el trasplante cardíaco es una técnica muy especializada que aún habiendo demostrado su elevada eficacia ante la insuficiencia cardíaca, mejorando la calidad de vida de los pacientes, así como su supervivencia, se encuentra con diversas problemáticas.

Entre los problemas destacan la escasez de donante para trasplante, la multitud de complicaciones que pueden surgir a lo largo de la intervención y su elevado coste para el sistema sanitario.

Para una favorable evolución del paciente sometido a un trasplante cardíaco es esencial la intervención enfermera con un plan de cuidados protocolarizado de actividades enfermeras. Además de una adecuada Educación Sanitaria ofrecida por el personal sanitario, tanto al paciente como a sus familiares.

5 Bibliografía

1. Jorge Mascaro. Trasplante cardíaco: estado actual. (2022). Revista Médica Clínica Las Condes. Vol. 33 Núm. 3. Páginas 263-274.
2. Ernesto Lage Gallé, José Manuel Sobrino Márquez, A., Ángel Martínez Martínez. (2010). ¿Cuáles son las indicaciones y manejo del trasplante de corazón?. Elsevier. Vol. 45. Núm. 4. Páginas 143-146.
3. NANDA. Internacional. – Diagnósticos de enfermería 2021-23: Definiciones y clasificación. (2021)
4. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC - 6ª edición: Medición de Resultados en Salud. (2018)
5. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) - 7ª edición. (2018).

Capítulo 106

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO PSICOSOCIAL DEL PACIENTE GRAN QUEMADO ADULTO

SILVIA PÉREZ ARTEAGA

ALBA PARRA MORENO

ISABEL RUBIO DOMINGUEZ

MARIA VILLAJOS MAYORALAS

SERGIO SANCHO ARROYO

1 Introducción

Las quemaduras graves son un importante problema de salud pública que causa gran morbilidad y mortalidad en todo el mundo. El cuidado de estas lesiones resulta un gran desafío para los profesionales sanitarios por las numerosas alteraciones físicas y fisiopatológicas que conlleva y por el importante impacto psicológico y social consecuente a dichos cambios.

Las quemaduras son una de las lesiones más agresivas que constituyen un problema de salud pública mundial. Produce alrededor de 180000 muertes al año, según estudios realizados por la OMS. La morbilidad y mortalidad varía en función de la edad y de la zona del mundo, existiendo mayor incidencia en el continente asiático y en varones por debajo de los 65 años y, por el contrario, en mujeres

mayores a 65 años. En España, alrededor de 6500 personas acuden a urgencias cada año a consecuencia de una quemadura, de los cuales 1300 deben ingresar en el hospital. De los ingresos producidos, una media de 59 personas fallece.

Se puede definir la quemadura como una lesión provocada en el tejido de la piel o en las mucosas que produce una pérdida de sustancia de la superficie corporal. Cuando se produce, ocurren dos cambios importantes en el organismo: un aumento de la permeabilidad y la dilatación de los vasos, lo cual deriva en el cuadro clínico típico de esta lesión en las primeras horas. Es común que proteínas se desnaturalicen dañando o destruyendo aquellos tejidos a los que afecta, pudiendo deteriorar la diversidad de funciones del tejido.

Además de todo lo anterior, sobrevivir al acontecimiento de una quemadura grave produce un gran impacto psicológico, emocional y social durante la recuperación y a medio y largo plazo, que afecta seriamente a la salud mental de la persona que las sufre. Esto es debido, entre otros factores, a la preocupación que sienten por las limitaciones físicas y funcionales, a las pérdidas asociadas a la lesión, a las numerosas secuelas, a los cambios físicos experimentados, al prolongado ingreso hospitalario, o al cambio drástico que este trauma supone para la calidad de vida. De los pacientes que sobreviven a este acontecimiento, alrededor de un 30% sufren dificultades a nivel psicosocial a largo plazo.

Por ello, los problemas en el ámbito psicosocial del paciente quemado son aspectos imprescindibles que se deben en cuenta durante las intervenciones enfermeras, ya que dificultan el proceso de recuperación.

En el presente capítulo se desarrollarán los problemas más frecuentes en ámbito físico y psicosocial de los pacientes que sufren quemaduras graves y cómo se deben abarcar dichas dificultades desde un enfoque biopsicosocial por parte de los profesionales de enfermería.

2 Objetivos

- Analizar los problemas, cuidados y actividades enfermeras a nivel psicológico y social en pacientes víctimas de quemaduras graves.
- Exponer los trastornos psicológicos y sociales más comunes desarrollados en la víctima de quemaduras graves.
- Estudiar los factores pueden influir en el desarrollo de secuelas psicológicas en los pacientes quemados críticos.

- Dar a conocer las diferentes intervenciones de enfermería que favorecen la salud psicológica y la integración social en la evolución de los grandes quemados.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica narrativa basada en la evidencia científica actual sobre los problemas psicológicos y sociales más comunes desarrollados en los pacientes tras sufrir quemaduras graves y sobre la necesidad de realizar intervenciones enfermeras psicosociales para la prevención y cuidados adecuados si se desarrollan problemas de tipo emocional y psicológico.

En esta búsqueda se han utilizado: diferentes bases de datos como PubMed, Dialnet, Biblioteca Virtual de Salud, Uptodate, Google académico; páginas web, revistas de acceso libre como Scielo, libros o manuales y sedes web de organismos oficiales como la OMS.

Se han seleccionado algunos artículos con una vigencia superior a 10 años debido a su relevancia científica, sin embargo, se han elegido como preferentes aquellos con una antigüedad no mayor a 5 años.

Algunas de las palabras clave utilizadas de forma libre o combinada con otros términos han sido, “Quemaduras graves”, “Enfermería”, “Gran quemado”, “Quemado crítico”, “Estrés postraumático”, “EMDR” “Terapia psicológica” “Paciente quemado”.

4 Resultados

Una de las características principales de las quemaduras graves es que ocurren de forma imprevista, lo cual genera mucho estrés, además, la persona deberá enfrentarse a numerosas intervenciones que provocan mucho dolor y afectan a su bienestar físico y mental como son la realización de curas, la fisioterapia, las intervenciones quirúrgicas, los injertos, los cambios de postura, entre otras. Todos estos factores derivan en diversos problemas de salud mental, siendo los más comunes la depresión, la ansiedad y el síndrome del estrés postraumático debido a la naturaleza traumática del accidente.

Por otra parte, existe un gran riesgo de que se desarrollen alteraciones de naturaleza social relacionadas con el estigma social, el auto estigma, la sexualidad e incluso una probable necesidad de reinserción social, familiar o laboral.

Una vez que el paciente sale del hospital, no significa que se haya recuperado por completo, la atención psicosocial en estos pacientes debe continuar debido a los numerosos desafíos a los que se enfrentan tras recibir el alta. Es probable que la mayoría de ellos deban continuar trabajando en su autoestima, autoaceptación o reinserción social además de lidiar con diversos trastornos como el estrés, taquicardias, nerviosismo, fatiga, alteración del sueño, dificultad para concentrarse, disminución o pérdida de apetito, irritabilidad o disminución de la tolerancia al dolor.

Por todo ello, es importante que, tras conseguir la supervivencia del paciente, se preste una atención continuada e integral sobre todas las esferas de su salud y se lleve a cabo un tratamiento enfocado más allá de las curas o el restablecimiento fisiopatológico, hasta su recuperación y rehabilitación completa.

1. Secuelas Físicas:

- Dolor:

Las quemaduras son lesiones caracterizadas por la gran intensidad de dolor que producen, desde el momento en que se produce la lesión hasta transcurridos varios años tras la recuperación. El dolor que inducen estas lesiones es de tipo mecánico y térmico. Este síntoma suele ser de elevada intensidad, aunque existe variabilidad entre las distintas fases de recuperación y depende de las características de las lesiones. Además, los factores emocionales y estresores influyen negativamente de forma considerable en la percepción que el paciente tiene del dolor. Es importante realizar una continua valoración del dolor en cada fase para adaptar las intervenciones enfocadas a un mejor manejo de las molestias. Para aliviar esta clase de dolor se deben emplear diferentes métodos farmacológicos y no farmacológicos. La administración de una buena y adecuada analgesia es imprescindible en estos momentos. Así como menciona Ordoñez et al. en su protocolo de atención psicológica al paciente quemado y su familia, existen métodos no farmacológicos que pueden emplearse para disminuir el dolor y la ansiedad durante la estancia hospitalaria. Algunos de ellos son la técnica de relajación simple, de autocontrol, la técnica de disociación o el control de la respiración primaria.

- Cicatrices:

Otra de las complicaciones a nivel físico en estos pacientes son las importantes cicatrices en la piel que dejan estas lesiones, provocando importantes alteraciones estéticas. La formación de cicatrices hipertróficas o de cicatrices queloides son habituales tras la producción de quemaduras importantes. Por otra parte, estas cicatrices pueden acompañarse de otros síntomas que provocan molestias como hipersensibilidad, prurito o quemazón.

- Amputaciones:

La necesidad de amputación de miembros supone un gran impacto físico y psicológico para los pacientes, ya que supone una gran pérdida, tiene una gran implicación socioeconómica, en la funcionalidad del paciente y además conlleva mayores necesidades de rehabilitación y readaptación a las actividades cotidianas.

- Prurito:

Es un acontecimiento que se produce en la mayoría de los pacientes que han sufrido quemaduras graves durante y tras la recuperación. Las molestias que produce este síntoma son similares a las del dolor, ya que ambos pueden producir disminución de la sensibilidad táctil o “hipoestesia” o, por otra parte, aumento de la sensibilidad al dolor o “hiperalgesia”. Suele ser una importante fuente de ansiedad estrés y angustia.

- Otras alteraciones físicas:

Son comunes algunos síntomas como la fatiga, el cansancio o debilidad y por consiguiente dificultades para desempeñar actividades cotidianas. En ocasiones se producen daños a nivel del SNC, provocando disfunciones motoras, sensoriales o cognitivas, como pérdidas de memoria, trastornos en el lenguaje y en las capacidades intelectuales; alteraciones a nivel de la función de termorregulación y una enorme riesgo de infección durante la hospitalización.

2. Secuelas Psicológicas:

- Alteración de la imagen corporal:

La alteración de la imagen corporal en estos pacientes es una situación muy habitual. La mayor parte de ellos presentan alteraciones en la autopercepción y el autoconcepto, con la consecuente disminución de la autoestima. La intensidad de esta afección es variable entre diferentes personas y depende de algunos factores como la importancia que la persona le otorga a la apariencia física o la gravedad del suceso.

Se encuentra altamente relacionada con los cambios producidos en el aspecto físico y con la gravedad y la visibilidad de las lesiones. Además, el hecho de que se sea un acontecimiento repentino e inesperado supone un mayor impacto psicológico y una importante situación de shock emocional.

- La preocupación por las funciones perdidas:

Suele aparecer previamente a la preocupación por la deformidad. Comienzan a centrar su atención en cuestiones relacionadas con el desempeño de su vida cotidiana, su futuro y sus capacidades, pueden sentirse inválidos para realizar las actividades que realizaba previamente a la lesión. Es habitual que también comiencen a preocuparse por su vida sexual.

3.Deterioro De La Salud Mental Y Emocional

- Depresión:

Existe un importante riesgo de padecer este trastorno de salud emocional debido a las diversas manifestaciones físicas y psicológicas que se dan tras sufrir quemaduras graves. Algunas de estas manifestaciones que predisponen a sufrir depresión son la alteración de la imagen física por las cicatrices o amputaciones, la pérdida de funcionalidad y autonomía, el intenso dolor durante los procedimientos, el malestar continuo, enfermedad psiquiátrica previa, entre otras. Algunos de los síntomas más comunes son: la pérdida de apetito, pérdida de interés o desánimo, llantos, dificultad para conciliar el sueño, fatiga, letargo, nerviosismo, apatía, déficits de memoria o de concentración, pensamientos negativos sobre sí mismo, sobre el mundo y el futuro...

Las cirugías, el ejercicio y las curas realizadas durante la estancia hospitalaria son factores altamente asociados a los cuadros de depresión en estos pacientes por el dolor y los cambios que todas estas intervenciones suponen para el paciente.

- TEPT:

Este trastorno psiquiátrico ha sido uno de los que más interés ha creado en personas que sufren quemaduras importantes. Según el criterio A del TEPT del DSM-5 la experiencia directa de sufrir una lesión por quemadura es un criterio descrito para la posibilidad de desarrollar un TEPT, al tratarse de una situación en la que la persona sufre un gran impacto negativo de forma inesperada.

Los síntomas del TEPT son variables entre diferentes personas y situaciones, sin embargo, existen algunos que suelen ser comunes como el malestar, las emociones negativas, el deterioro funcional, se percibe una situación de riesgo vital continuamente del cual no puede salir ni hacer nada por remediarlo, siente que ha perdido el control y en consecuencia se siente vulnerable y aterrorizado. Es común que el paciente reviva el acontecimiento través de imágenes que aparecen de forma involuntaria en la persona, pueden tener actitudes de evitación del tema de conversación o de los lugares o situaciones que le recuerden al acontecimiento del trauma, lo cual provoca aislamiento social, sentimientos de insensibilidad, o por el contrario sentimientos de miedo, culpa, vulnerabilidad o vergüenza. También es común sufrir alteraciones sociales como la dificultad de expresión de sentimientos, disfuncionalidad sexual, incapacidad de experimentar el placer, lo que se conoce como anhedonia, dificultad para concentrarse, alteraciones en el sueño, cambios en el estado de ánimo o alteraciones cognitivas.

- Trastornos de ansiedad:

Es uno de los trastornos que con más frecuencia aparecen. Se asocia al factor traumático y al peligro vital característicos de estos accidentes.

Al individuo le resulta muy difícil de controlar esta preocupación, y puede causar síntomas de malestar significativos. Los síntomas de este trastorno son variables en función de la persona, algunos de los más comunes son: sensación de malestar nerviosismo o inquietud, tensión muscular, irritación, cambios en el comportamiento, sensación de indefensión y soledad, insomnio y su consecuente cansancio durante el día, dificultad para relajarse o concentrarse...

La presencia de este trastorno puede agravar la percepción de los síntomas de dolor.

- Delirium:

El delirium es un estado de disfunción cerebral temporal que altera el nivel de cognición y que se encuentra en un 25% de los pacientes quemados, suele ser más común en personas ancianas, sobre todo, durante la fase aguda de la recuperación. Algunas de las causas que provocan el delirium pueden ser orgánicas, puede desarrollarse por el mismo acontecimiento traumático o por síndrome de abstinencia.

4. Secuelas Sociales:

Cuando el paciente recibe el alta, debe retomar de nuevo sus actividades y su vida cotidiana. Es necesario realizar un proceso de atención basado en su reinserción a la vida social y laboral y en la recuperación de ciertos aspectos de su vida como las relaciones sociales, la actividad sexual, el rol y la identidad.

La vuelta a la vida social será un proceso complicado debido al gran estigma social que la desfiguración y otros cambios físicos producen. Esto se debe a la gran importancia que cobra la apariencia física en la sociedad, ya que, en muchas ocasiones se tiende a asociar una buena apariencia física como sinónimo de prestigio o poder.

Por todo ello, la atención no debe finalizar una vez que la persona ha recibido el alta, sino que es necesario continuar con el proceso de recuperación de la salud mental y el retorno a la vida social. Es importante en estas fases la insistencia en la adherencia a la rehabilitación y a la terapia psicológica, ya que muchos de los pacientes pueden no sentirse motivados para continuar el proceso de retorno a vida cotidiana y social por las dificultades y nuevas necesidades adaptativas que requiere.

Tras sufrir este trauma, es común encontrar sentimientos de vergüenza y miedo a la hora de mantener relaciones sociales, sobre todo si existen lesiones en zonas muy visibles del cuerpo como la cara o las manos, puesto que pueden crear rechazo, estigma o miedo entre las personas, lo cual aumenta el riesgo de auto rechazo y aislamiento social. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la vida e

interacción social también pueden tener impacto positivo a la hora de adaptarse y reintegrarse.

En cuanto a la actividad laboral, los pacientes que han sufrido quemaduras graves pueden tener tendencia a pensar que no son válidos para volver a la vida laboral. Sin embargo, diversos estudios muestran que la mayoría de ellos, entre el 66% y el 74%, tienen la capacidad de volver a trabajar durante el primer o el segundo año tras su recuperación. Algunos factores que pueden dificultar la vuelta al mundo laboral pueden ser la presencia de enfermedad psiquiátrica anterior, un largo periodo de hospitalización, la personalidad, la ausencia previa de empleo, el dolor, falta de formación y la presencia amputaciones o deformidades físicas graves o visibles, ya que estas causan gran estigma y pueden incapacitarle o dificultarle la adecuada realización de su anterior empleo. En ocasiones, es necesario una readaptación al puesto de trabajo o la búsqueda de un empleo ajustado a sus nuevas condiciones físicas.

Es recomendable que los pacientes regresen a su vida laboral tras su recuperación física, ya que fomenta una mejor integración social, favorece las relaciones sociales y la participación en la comunidad, además de la independencia que proporciona al recibir sus propios ingresos económicos.

Por otra parte, la sexualidad es un aspecto que preocupa a la mayoría de estos pacientes, puesto que temen que su vida sexual no pueda volver a ser como antes por las posibles alteraciones o cambios producidos en los órganos sexuales. La piel tiene una importante función a la hora de mantener relaciones sexuales, ya que cumple con la función sensitiva, por tanto, si se han sufrido quemaduras en esta zona, el paciente verá afectada su sensibilidad y la sensación de placer. La posible situación de esterilidad es otro aspecto que a menudo causa preocupación, ya que puede alterar sus planes de futuro. A todo esto, se suma la falta de autoestima por los cambios en el aspecto físico y las alteraciones de naturaleza psicológica.

5. Intervenciones De Enfermería En El Ámbito Psicosocial:

Todas las secuelas producidas en la esfera psicosocial del gran quemado deben prevenirse y ser abarcadas por un equipo multidisciplinar para tratar al paciente con una orientación holística, prestando atención a todas sus esferas; biológica, psicológica y la social.

La atención sobre los aspectos psicosociales del paciente debe aplicarse desde el momento del ingreso y tiene que continuar a lo largo de toda la estancia hospitalaria e incluso tras el alta, hasta su rehabilitación y recuperación completa. Para

ello, es imprescindible establecer una conexión entre la de hospitalización, salud mental y atención primaria. La labor de la enfermería cobra gran importancia en estos casos, ya que serán los profesionales que mantendrán más contacto con el paciente durante toda su estancia en el hospital, y su apoyo será imprescindible para la recuperación.

Debemos proporcionar comprensión, empatía y confianza durante las conversaciones para ayudar a expresar sus sentimientos desde el primer día. Se debe intentar que el paciente hable sobre todo aquello que le preocupa, ya que, probablemente, le produzcan incertidumbre y preocupación muchos aspectos de su salud, su futura vida social, económica, laboral o sexual posteriores a la hospitalización, sumado a las emociones negativas presentes por la dolorosa y prolongada experiencia hospitalaria.

Una de las actividades necesarias durante esta fase de crisis en el paciente, será concienciar de la importancia que tendrá su actitud para su recuperación, ya que una buena predisposición y colaboración facilitará y acortará el proceso de rehabilitación y permitirá una mejor readaptación. En caso contrario, se alargarán las estancias hospitalarias, desarrollará más situaciones de estrés y ansiedad, además de una mayor percepción de dolor durante las curas e intervenciones a las que debe ser sometido.

Por otra parte, se debe hacer hincapié en las redes de apoyo del paciente, sobre todo en la familia, ya que serán una parte fundamental para la rehabilitación. Se incentivará a que acompañen a la persona emocionalmente durante el proceso y a que colaboren en el manejo de sus emociones. Aquí entra en juego la atención a la familia, parte fundamental para las intervenciones por parte del equipo de enfermería.

Las intervenciones de enfermería, junto al resto del equipo multidisciplinar, en la esfera psicosocial pueden ser divididas en 3 fases adaptadas al periodo de la enfermedad en el que se encuentre el paciente: La fase aguda, fase reconstructiva, y fase de ajuste a largo plazo.

Diversos estudios demuestran una mayor eficacia en el tratamiento si se realiza una combinación de fármacos con psicoterapia, además de una mayor adherencia al tratamiento, y menor riesgo de recaídas. Algunas de las terapias más empleadas son:

- Terapia cognitivo conductual (TCC)
- Terapias de exposición

- Terapia de activación conductual (TAC)
- Terapia interpersonal
- Terapia de solución de problemas (TSP)
- EMDR
- Mindfulness.
- Primeros auxilios psicológicos.

5 Discusión-Conclusión

Existen numerosos problemas de naturaleza física consecuentes al acontecimiento de sufrir quemaduras graves que pueden afectar gravemente a la salud del paciente o provocar incluso la muerte. En consecuencia, también son desarrollados diversos problemas a nivel psicosocial que dificultan en gran medida la recuperación de las personas que los sufren.

Además, es habitual el desarrollo de problemas de ámbito social que dificultan la reinserción adecuada del paciente a la sociedad y a la vida previa al accidente, lo cual resulta un obstáculo para la recuperación y rehabilitación posteriores al alta.

Por ello, los profesionales de enfermería deben conocer y actualizarse sobre los problemas de salud mental más habituales desarrollados en pacientes víctimas de quemaduras graves y cuáles son los factores de riesgo que pueden hacer susceptible a una persona a desarrollar dichos trastornos para minimizarlos. Las intervenciones por parte de la enfermería deben adaptarse a la etapa del proceso de recuperación que los pacientes estén atravesando y a las estrategias de afrontamiento que posea. Para intervenir adecuadamente, es crucial el diagnóstico precoz de las alteraciones de salud mental y la realización de valoraciones continuas durante todo el proceso hospitalario. Además, se deberá mantener la continuidad asistencial una vez producido el alta.

Para la realización de un adecuado abordaje de todos los problemas que abarcan al paciente quemado, se debe llevar a cabo una atención integral del individuo mediante un equipo interdisciplinar, el cual se desarrollará de manera individual, y también, de forma grupal, de manera que se compartan las experiencias y emociones similares con otros pacientes. Además, se recomienda tener en cuenta a las familias para que intervengan en algunas de las terapias, ya que son un apoyo fundamental para el proceso de recuperación.

6 Bibliografía

1. Liu H, Zhang F, Lineaweaver WC. History and Advancement of Burn Treatments. *Burn Surgery and Research*. 2017; 78(1): S2-S8.
2. El Khatib A, Jeschke MG. Contemporary Aspects of Burn Care. *Medicina*. 2021; 57(4): 386.
3. Wallner C, Moormann E, Lulof P, Drysch M, Lehnhardt M, Behr B. Burn Care in the Greek and Roman Antiquity. *Medicina*. 2020; 56(12): 657.
4. Branski L, Herndon D, Barrow R. A brief history of acute burn care management. En: Herndon D, editor. *Total Burn Care*. 5a ed. Texas: Elsevier; 2018. p.1-7.
5. Kamolz LP, Hartmann B. A history of Burn Care. *Medicina*. 2021; 57(6): 1-8.
6. Gravitz L. Skin. *Nature Outlook*. 2018; 563(7732).
7. Fernandez-Santervás Y, Melé-Casas M. Quemaduras. *Protoc. diagn. pediátr*. 2020; 1:275-87.
8. Organización Mundial de la Salud, OMS [sede Web]. Ginebra; Mar. 2018 [consulta: 18 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
9. Wischmeyer PE. Glutamine in Burn Injury. *Nutrition in clinical practice*. 2019; 34(5): 681-7.
10. Monclús E, Martínez JR. Informe de lesionados por quemaduras en España (2011 -2017). Madrid: Fundación MAPFRE; 2020.
11. Kaddoura I, Abu-Sittah G, Ibrahim A, Karamanoukian R, Papazian N. Burn injury: review of pathophysiology and therapeutic modalities in major burns. *Annals of Burns and Fire Disasters*. 2017; 30(2): 95-102.
12. Arbona-Castels R, Almudéver-Campo L. Aspectos psicosociales de los pacientes grandes quemados. *Rev ROL Enferm*. 2017; 40(11-12): 762-66.
13. Ordoñez E, Obando Cabezas L. Protocolo de atención psicológica al paciente quemado y su familia. En Obando Cabezas L & Ordoñez E. *Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud*. Cali, Colombia: Universidad Santiago de Cali; 2020. p.42-76.
14. Bittner EA, Shank E, Woodson L, Martyn JA. Acute and Perioperative Care of the Burn-injured Patient. *Anesthesiology*. 2015; 122(2): 448-64.
15. Vivó C, Galeiras R, del Caz MD. Initial evaluation and management of the critical burn patient. *Medicina intensiva*. 2016; 40(1): 49-59.
16. Lorente JA, Amaya-Villar R. Update in the management of critically ill burned patients. *Medicina Intensiva*. 2015; 40(1): 46-8.
17. Migonte JC, Menjón F, Migonate B. Tratamiento de personas adultas con

- trastorno de estrés postraumático I. Aperturas psicoanalistas. 2019; (61): 1-39.
18. Rosenberg L, Rosenberg M, Rimmer RB, Fauerbach JA. Psychosocial recovery and reintegration of patients with burn injuries. En: Herndon D, editor. *Total Burn Care*. 5a Ed. Texas: Elsevier; 2018. p.709-20.
19. Gallach-Solano E. Retos y desafíos del paciente Gran Quemado: La intervención desde la Psicología Clínica. Proyecto Lumbre: Revista Multidisciplinar de Insuficiencia Cutánea Aguda. 2016; (12): 51-7.
20. Rodríguez-López MR y Celada-Cajal FC. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con quemaduras importantes. *Rol de Enfermería*. 2021; 44(10): 684-95.
21. Young AW, Dewey WS, King BT. Rehabilitation of Burn Injuries: An Update. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. 2019; 30(1): 111-32.
22. Li J, Zhou L, Wang Y. The effects of music intervention on burn patients during treatment procedures: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC complementary and alternative medicine*. 2017; 17: 158.
23. Hsu KC, Chen LF, Hsieh PH. Effect of music intervention on burn patients' pain and anxiety during dressing changes. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*. 2016; 42(8): 1789-96.
24. Bartley, Colleen N, Atwell K, Purcell, Cairns B, Charles A. Amputation Following Burn Injury. *Journal of burn care and research*. 2019; 40(4): 430-6.
25. Stapelberg F. Challenges in anaesthesia and pain management for burn injuries. *Anesthesia and Intensive Care*. 2020; 48(2): 101-13.
26. Pandya AA, Corkill HA, Goutos I. Sexual function following burn injuries: Literature review. *Journal of Burn Care and Research*. 2017; 36(6): 283-93.
27. Gallach-Solano E. Sobre la psicología en grandes quemados. Proyecto lumbre: Revista Multidisciplinar de Insuficiencia Cutánea Aguda. 2016; (13):58-63.
28. Barceló-Soler A. Eficacia de una intervención psicológica breve basada en mindfulness aplicada a través de internet para el tratamiento de la depresión en atención primaria: un estudio controlado aleatorizado [tesis doctoral]. Zaragoza: Prensas de la Universidad, Universidad Zaragoza; 2020.
29. Fernández-Vega FL, Puebla I, Carrillo L. Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemadura. *Multimed*. 2015; 19(1): 11-24.
30. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. 5a ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
31. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis [sede Web]. Uptodate: Stein MB; 2022 [actualizada en marzo de 2022; acceso

- 13 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathophysiology-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=post-traumatic%20stress%20disorder%20psychological%20treatment&source=search_result&selectedTitle=4150&usage_type=default&display_rank=4#H3923589423
32. Echeburúa E, Amor PJ, Muñoz J, Sarasua B, Zubizarreta I. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F). *Anuario de Psicología Jurídica*. 2017; 27(1): 66-77.
 33. Aili-Low JF, Meyer WJ, Willebrand M, Thomas CR. Psychiatric Disorders Associated With Burn Injury. En: Herndon D, editor. *Total Burn Care*. 5a Ed. Texas: Elsevier; 2017. p.700-11.
 34. Din S, Shah M, Asadullah, Jamal H, Bilal M. Rehabilitation and social adjustment of people with burns in society. *Burns: journal of the International Society for Burn Injuries*. 2015;41(1): 106-109.
 35. Jeschke MG, Van Baar ME, Choudhry MA, Chung KK, Gibran NS, Logsetty S. Burn Injury. *Nature Reviews Disease Primers*. 2020; 6(1): 1-15.
 36. Gaudlitz GG, Williams FN. Overview of the management of the severely burned patient[Sede Web]. Uptodate: Jeschke MG; 2022 [actualizada en abril de 2022; acceso 15 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-the-severely-burned-patient?search=types%20of%20burn&source=search_result&selectedTitle=5150&usage_type=default&display_rank=5#H2095893231
 37. Gonçalves N, De Souza-Melo A, Paes-Caltran M, Da Silva-Pedro IC, Pan R, Castanheira-Nascimento C, Aparecida-Rossi L. Sexuality in burn victims: An integrative literatura review. *Burns*. 2014; 40(4): 552-61.
 38. Tredget EE, Shupp JW, Schneider JC. Scar management following burn injury. *Journal of Burn Care and Research*. 2017; 38(3): 146-147.
 39. Spronk I, Legemate C, Oen I, van Loey N, Polinder S y van Baar M. Health related quality of life in adults after burn injuries: A systematic review. *PLOS ONE*.2018; 13(5).
 40. Morales-Sánchez MA, Flores-Ruvalcaba CN, Peralta-Pedrero ML, De Villafranca-Dugelby A, Jurado-Santa Cruz F. Quality of life in adults with keloid scars. *Cir Cir*. 2018; 86(4): 321-26.
 41. Herdman T, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017. NANDA Internacional. Barcelona, España: Elsevier; 2012-2014.
 42. Clark AT, Campbell S, Arnoldo BD. Prevention of burn injuries. En: Herndon D, editor. *Total Burn Care*. 5a Ed. Texas: Elsevier; 2018. p.28-35.
 43. Stein MB, Norman S. Psychotherapy and psychosocial interventions

for posttraumatic stress disorder in adults [Sede web]. Uptodate: Roy-Byrne PP; 2022 [actualizada en marzo de 2022; acceso el 13 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/psychotherapy-and-psychosocial-interventions-for-posttraumatic-stress-disorder-in-adults>.

44. Seijas-Gómez S. Trastorno por estrés postraumático y cerebro Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2013; 33(119): 511-23.

45. Navas DS. Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular (EMDR): Una terapéutica para el estrés postraumático Rev.cienc.biomed. 2011; 2(1): 158-62.

46. Wilson G, Farrel D, Barron I, Hutchins J, Whybrow D, D-Kiernan M. The Use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) Therapy in Treating Post-traumatic Stress Disorder-A Systematic Narrative Review. Front Psychol. 2018; 9:23(9).

47. Figueroa RA, Cortés PF, Marín H, Vergés A, Gillibrand R, Repetto P. The ABCDE psychological first aid intervention decreases early PTSD symptoms but does not prevent it: results of a randomized-controlled trial. European Journal of Psychotraumatology. 2022; 13(1): 1-14.

Capítulo 107

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA, EL PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS ASOCIADOS A LA TÉCNICA

MARIA VILLAJOS MAYORALAS

SILVIA PÉREZ ARTEAGA

SERGIO SANCHO ARROYO

ISABEL RUBIO DOMINGUEZ

ALBA PARRA MORENO

1 Introducción

La Asociación española de pediatría (AEPED) considera la lactancia materna la principal fuente de alimentación del lactante los primeros 6 meses de vida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda continuar con la lactancia materna, aunque ya no de forma exclusiva, hasta los dos años, lo que denominamos alimentación complementaria. Su composición hace que cumpla con todos los requerimientos nutricionales del bebé y le aporte en las distintas esferas de su desarrollo, tanto a nivel físico como psico-afectivo, además de fomentar el

vínculo madre e hijo. La organización mundial de la salud (OMS), la asociación española de pediatría (AEPED) y el fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF) recomiendan lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria con la alimentación hasta los dos años.

Numerosos estudios científicos han demostrado los beneficios de la lactancia materna en comparación con la lactancia artificial, como por ejemplo un menor riesgo de muerte súbita en el lactante, así como diferentes patologías, como riesgo de infección sino se hace una correcta esterilización de los biberones, entre aquellos alimentados con leche de formula artificial. También pueden tener más riesgo de presentar ansiedad, depresión e hiperactividad.

La madre será quién tome la decisión de como realizará la alimentación de su bebé, pero el profesional de enfermería tendrá un papel clave en facilitar la información necesaria, así como, las ventajas y desventajas y la ayuda que la madre necesite para poder tomar una decisión y la lactancia materna sea favorable.

Una información correcta a la madre por parte del profesional de enfermería reducirá la ansiedad que genera el desconocimiento y la falta de información que en muchos casos se produce.

El presente capítulo se realiza con la intención de facilitar a la enfermera toda la información que precise para atender de una manera correcta las necesidades de la madre que comienza con el periodo de lactancia.

2 Objetivos

Determinar los cuidados de enfermería para una eficaz lactancia materna.

Explicar a la madre las diferentes técnicas para correcta lactancia materna

Demostrar técnica correcta de agarre y la postura correcta de amamantamiento.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación, consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente, de la lactancia materna. Se ha realizado una búsqueda en las principales bases de datos seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas, revistas científicas, así como asociaciones de gran prestigio a nivel nacional.

4 Resultados

La enfermera deberá fomentar la lactancia materna y es un derecho tanto de la madre como para el recién nacido que deberá ser protegido.

El enfoque de los cuidados que realiza en profesional de enfermería será diferente según en el momento en el que nos encontremos, postparto inmediato, mediato o tardío. En todos ellos habrá unos cuidados comunes a tener en cuenta:

Agarre correcto: una técnica adecuada de agarre previene la generación de dolor o grietas.

Un vaciado correcto del pecho: contribuye a una generación adecuada de leche para el lactante y evitaremos la aparición de mastitis.

La técnica de agarre consiste en que el bebé esté enfrentado a la madre, la areola queda completamente cubierta por la boca del bebé y la lengua no daña el pezón, procuraremos orientar el pezón hacia arriba para favorecer apertura completa de la boca del recién nacido, y asegurar el correcto agarre, el mentón debe entrar en contacto con el pecho y los labios deben estar evertidos, las mejillas no deben hundirse al succionar, la areola debe verse más en su parte superior que en la inferior y debemos informar a la madre que la lactancia materna no es dolorosa.

Signos de correcto amamantamiento:

No escuchar sonidos de chasquido y chupeteo.

Si escuchar sonidos de deglución.

No deben hundirse las mejillas.

La madre experimentará sensación de sed.

En la postura de amamantamiento, debemos tener en cuenta, que no existe una posición única en el amamantado. La madre elegirá aquella postura que le sea más cómoda, pudiendo variarla si existen signos de mal agarre. A continuación, se describen las principales posturas para la realización de la técnica de la lactancia materna:

Posición acostada: la madre se acuesta tumbada al lado del bebé con el cuerpo enfrentado y pegado, la madre acercará el pecho al recién nacido aproximándole por la espalda. Esta técnica es idónea para las tomas nocturnas.

Posición sentada: el bebé se coloca con el tronco pegado y enfrentado a la madre, la madre sostendrá con la mano en su espalda y la cabeza del bebé quedará apoyada en su antebrazo, con la otra mano ayudará a introducir el pecho en la boca del bebé.

Posición invertida o “balón de rugby”: el bebé se coloca debajo de la axila de la madre quedando la cabeza a nivel del pecho y las piernas hacia atrás, la nariz del bebé a la altura del pezón.

Posición de caballito: se coloca al bebé sobre las piernas de la madre y ambos abdómenes entran en contacto (posición adecuada para lactantes con labio leporino y reflujo gastroesofágico).

La lactancia materna siempre será a demanda, no debiendo haber un número de tomas establecido, ni un horario, será siempre que el bebé lo precise. Es preferible que sea el bebé el que se retire del pecho, porque eso significará que ha quedado saciado, antes de que sea la madre quién lo retire, porque en este caso puede que el bebé no haya podido completar la toma y se quede con hambre.

No es recomendable el uso de chupetes ni tetinas para lo interferir en la lactancia materna, ya que esto puede causar confusión en el lactante y tener problemas de agarre o incluso terminar con la lactancia, si es necesario su uso, esperaremos a que la lactancia esté bien instaurada.

5 Discusión-Conclusión

El profesional de enfermería deberá proteger y promocionar el derecho humano que es la lactancia materna. Para ello se deberá instaurar diferentes actuaciones e iniciativas, como son los planes de cuidados, por parte de los profesionales de enfermería que están en contacto directo con este tipo de usuarios.

La orientación del profesional de enfermería en el abordaje de las diferentes prácticas asociadas a la lactancia materna facilitará un resultado más satisfactorio de la lactancia materna para madre e hijo.

La posición incorrecta del bebé o un mal agarre, o el conjunto de ambos aspectos, puede derivar a un problema en la técnica de lactancia, así como generar diferentes afecciones a la madre, como hemos mencionada con anterioridad, tales como grietas, mastitis o incluso las llamadas “perlas de leche” todo ello genera dolor y malestar en la madre, lo cual puede dar lugar al abandono de la lactancia materna.

6 Bibliografía

1. Morales JMM. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría [Internet]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>
2. de La Rioja C de S del G. GUÍA DE LA LACTANCIA MATERNA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD [Internet]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf

3. PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA DURANTE LA LACTANCIA MATERNA ENMARcado EN LA TEORÍA DE KRISTEN SWANSON. [<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/10004/mariafernandacanooobando.2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>]: UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA ;
4. Ansede AS. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL APOYO A LA LACTANCIA MATERNA [Internet]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1641/6ApoioLM.pdf>

Capítulo 108

LAS LLAMADAS TELEFÓNICAS POR PARTE DE ENFERMERÍA EN EL CÁNCER DE MAMA

SERGIO SANCHO ARROYO

MARIA VILLAJOS MAYORALAS

ISABEL RUBIO DOMINGUEZ

ALBA PARRA MORENO

SILVIA PÉREZ ARTEAGA

1 Introducción

El cáncer, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como la agrupación de patologías que se producen en cualquier órgano y/o tejido del cuerpo originadas por el crecimiento anómalo y descontrolado de sus células, pudiéndose así propagarse por otros órganos, vasos sanguíneos y vasos linfáticos. A este último proceso se le denomina metástasis [1].

Esta patología se registra como la segunda causa de muerte mundial [1]. Esta patología aparece en el momento en el que el material genético de la célula varía, por lo que estas aumentan desmesuradamente. Existen muchos tipos de cáncer, los cuales pueden ser de pulmón, de colon, de piel, de huesos, del tejido nervioso, o de los senos [2].

El cáncer de mama es el tipo de cáncer que se origina en el seno, tanto en uno como en ambos. Este se puede reproducir en el momento en el que las células cancerosas alcanzan la sangre o el sistema linfático, pudiendo así, llegar a conseguir penetrar en cualquier parte del cuerpo [3].

Las pacientes con cáncer muestran síntomas depresivos, ansiosos, fatiga, etc. por lo que las intervenciones telefónicas pueden llegar a utilizarse y ser efectivas para el trato de la enfermedad en dichos síntomas [4].

2 Objetivos

- Determinar el papel del personal de enfermería durante esta etapa final del paciente de cáncer de mama.
- Descubrir qué técnicas podemos emplear para una mejor trata a nuestras pacientes.

3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha realizado una búsqueda íntegra acerca de técnicas que podemos emplear los enfermeros para encontrarnos más cerca del paciente oncológico, sobre todo, en el paciente con cáncer de mama. Se han encontrado artículos pertenecientes a las bases científicas de Pubmed y Cochrane.

4 Resultados

La utilización de las llamadas telefónicas es el mayor ejemplo de preocupación por nuestras pacientes, ya que hacemos que su seguridad hacia nosotros aumente y no piensen que simplemente nuestra preocupación queda dentro del hospital, sino que nuestro apoyo permanece en todo momento [4].

Las realizaciones de las llamadas telefónicas permiten ofrece una atención íntegra y adecuada a los pacientes en sus hogares, cuyo objetivo que se intenta cumplir es el de que se sientan más cómodos y más abiertos a la hora de expresar sus sentimientos a los profesionales [4].

Autores como Ream E. y colaboradores [5] describen en sus artículos que las intervenciones que se realizan a nivel telefónico por parte de la consulta de enfermería y la consulta médica son cada vez más populares y ayudan a las pacientes a disminuir los síntomas depresivos, la ansiedad y la angustia emocional causadas por la patología [5].

Esta práctica confirma que estas intervenciones telefónicas son convenientes no solo para los pacientes, sino que también para familiares y sanitarios, ya que reducen los niveles de depresión al igual que a los niveles de ansiedad [5]. Además, no únicamente son las llamadas telefónicas la que tiene un efecto benéfico en nuestras pacientes. Existen otros tipos de técnicas conductuales generadas de mayor o menor intensidad, tales como la música que lleva a una relajación plena capaz de reducir las náuseas y vómitos [6]. Hunter J.J. y colaboradores [6], confirman una reducción en las náuseas a la hora del empleo de la quimioterapia a la hora de la utilización de música relajante [6]. Además, agrega que una pequeña intervención conductual del personal de enfermería a nuestras pacientes puede reducir estos síntomas asociados a la quimioterapia [6].

5 Discusión-Conclusión

En relación con los objetivos, se concluye que el equipo de enfermería, en estas situaciones, somos los encargados de transmitir todo tipo de información, tanto de buen pronóstico como de mal pronóstico, y es ahí donde debemos ofrecer nuestro mayor apoyo, confianza y seguridad a nuestras pacientes. No solo en estas ocasiones, sino en todo momento.

Nuestro papel como enfermeros va mucho más allá de lo profesional y debemos prestar atención no solo a los cuidados sanitarios, sino que también a los signos de déficit emocional y social, prestando nuestra ayuda para que nuestras pacientes se sientan comprendidas y acompañadas en el proceso enfermedad.

6 Bibliografía

1. OMS. Cáncer [Internet]. Organización Mundial de la Salud; [citado el 8 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/cancer#tab=tab_1
2. Cáncer: MedlinePlus, Enciclopedia Médica [Internet]. U.S. Biblioteca Nacional de Medicina; 2021 [citado el 8 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001289.htm>
3. ¿Qué es el cáncer de seno? [Internet]. [citado el 8 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/acerca/que-es-el-cancer-de-seno.html>
4. Las Intervenciones Telefónicas Podrían utilizarse para reducir los síntomas del cáncer [Internet]. Ecancer; junio de 2020 [citado el 8 de septiembre

de 2023]. Disponible en: <https://ecancer.org/es/news/17947-las-intervenciones-telefonicas-podrian-utilizarse-para-reducir-los-sintomas-del-cancer>

5. Ream E, Hughes AE, Cox A, Skarparis K, Richardson A, Pedersen VH, Wiseman T, Forbes A, Bryant A. Pubmed - Telephone interventions for symptom management in adults with cáncer [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews; junio de 2020, Vol. 6(6) [citado el 8 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32483832/>

6. Hunter JJ, Maunder RG, Sui D, Esplen MJ, Chaoul A, Fisch MJ, Bassett RL, Harden-Harrison MM, Lagrone L, Wong L, Baez-Diaz L, Cohen L. Pubmed - A randomized trial of nurse-administered behavioral interventions to manage anticipatory nausea and vomiting in chemotherapy [Internet]. Cancer Medicine; marzo de 2020, Vol. 9(5):1733-1740 [citado el 8 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31957269/>

Capítulo 109

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE Y TRAS LA INSERCIÓN DEL OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA

MELODY TORIJA RESUELA

1 Introducción

El ECMO u oxigenador de membrana extracorpórea es un sistema que proporciona soporte pulmonar y cardíaco en pacientes con insuficiencia respiratoria o cardíaca, durante un periodo de días o semanas. En caso de soporte pulmonar se utiliza como mecanismo para una recuperación del paciente o cuando este esté esperando a un trasplante pulmonar.

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

La implantación de un ECMO en un paciente es bastante común en los servicios de cuidados intensivos (UCI) y presenta algunas complicaciones como fallos en el aparato, la posible ruptura, acodamiento o deterioro de las tubuladuras del oxigenador, la decanulación de la cánula que conecta al paciente, salida de sangre por la tubuladura venosa, entradas de aire en el circuito, la desconexión de la llave de tres pasos que se coloca en el circuito, etc.

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

2 Objetivos

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

3 Metodología

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

4 Resultados

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

- Los pacientes con ECMO tienen una elevada inestabilidad hemodinámica y por ello deben monitorizarse mediante un catéter arterial con determinación de gasto cardíaco.
- Es necesario realizar una doble monitorización de la saturación de oxígeno del paciente: una en la parte media-alta del paciente y la otra en la parte media-baja (frente y extremidades).
- Es necesario realizar un control gasómetro o del paciente cada 8 horas.
- Hay que corregir las deficiencias nutricionales ocasionadas por el uso del ECMO utilizando nutrición enteral o nutrición mixta (enteral y parenteral) según las necesidades del paciente.
- Es necesario controlar los niveles de glucemia, y si hay niveles superiores a 160 mg/dl en varias tomas puede ser necesario iniciar con insulina intravenosa hasta reducirse a parámetros normales.
- Es necesario realizar los cuidados de piel y mucosas, haciendo hincapié en las zonas que están en contacto con cánulas arteriales o venosas, así como colocación de barreras de protección cutánea, hidratación de la piel, alivio de puntos de presión etc.

- Durante la movilización del paciente extremar las precauciones para evitar la decanulación del paciente.
- Prevenir infecciones nosocomiales asociadas al ECMO.
- Valoración del dolor, como parte de la valoración neurológica del paciente mediante la escala EVA y EVN cada 4 horas.
- Vigilar de forma diaria el correcto funcionamiento del oxigenador y las tubuladuras.
- Preparar a los familiares, informarlos y familiarizarlos con el dispositivo, para disminuir su preocupación al visitar al paciente, ofreciendo un clima seguro, con comunicación y confianza.
- Realizar cultivos de vigilancia, solicitando marcadores de infección de forma pautada.
- Vigilar la temperatura del paciente, para evitar casos de hipotermia.
- Llevar una adecuada pauta con anticoagulantes y analíticas rutinarias para evitar/detectar posibles hemorragias.
- En estos pacientes es bastante común complicaciones como taponamiento cardíaco, neumotórax y hemotórax, si se detectan señales de aparición, hay que avisar al médico responsable para realizar las pruebas diagnósticas pertinentes.
- Realizar las curas pertinentes en el lugar de inserción del catéter de forma rutinaria.

5 Discusión-Conclusión

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

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

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

6 Bibliografía

1. <https://www.medintensiva.org/es-emp leo-ecmouci-recomendacionessociedad-articuloS0210569118302845>.
2. https://es.m.wikipedia.org/wiki/Oxigenaci%C3%B3n_por_membrana_extracorp%C3%B3rea.
3. <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/ecmo/about/pac-20484615>.
4. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc182074>.
5. <https://www.ucihealth.org/medical-services/cardiology/ecmo>

Capítulo 110

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DOLOR CRÓNICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

MELODY TORIJA RESUELA

1 Introducción

Se define dolor como una experiencia emocional y sensorial desagradable que está asociado a una lesión tisular real o potencial. El dolor es subjetivo y puede afectar al bienestar físico, emocional, social y psicológico de la persona que lo padece.

En España, el 17% de la población padece dolor crónico, teniendo una mayor incidencia en mujeres que en hombres y cuya incidencia va en aumento conforme aumenta la edad. El dolor se clasifica según su patógena en nociceptivo y neuropático, siendo el nociceptivo el dolor crónico más frecuente, producido por enfermedades, lesiones o trastornos funcionales, viscerales o somáticos.

El dolor crónico es consecuencia de la plasticidad funcional y estructural del cerebro por la pérdida o daño que se produce en la sustancia gris.

Además del cerebro, otras zonas que están implicadas en el dolor crónico son el hipocampo, la corteza prefrontal dorsolateral y los ganglios basales. Debido a la alta tasa que tiene el dolor crónico en las consultas médicas, es fundamental que los profesionales sanitarios, dentro de los que se incluye Enfermería, tengan una actitud proactiva para abordar esta problemática. Por su parte,

Enfermería debe contribuir con la elaboración de un plan de cuidados enfermero que aborde al paciente que padece dolor crónico de manera integral.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Establecer los cuidados de Enfermería desde atención primaria en el paciente que presenta dolor crónico.

Objetivos secundarios:

- Indicar las diversas escalas para valorar el dolor crónico.
- Indicar los diferentes diagnósticos, resultados e intervenciones de Enfermería en el dolor crónico.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda, organización y valoración de la información recopilada a través de bases de datos científicas como Cuiden, Pubmed y Medline. Tras la búsqueda, se seleccionaron las fuentes más oportunas en relación con los objetivos propuestos y se procedió a la extracción de las ideas más relevantes con las que empezar a elaborar la revisión bibliográfica. Las palabras clave utilizadas fueron dolor crónico, enfermería, cuidados y atención primaria.

4 Resultados

En nuestro país, las consultas por dolor crónico son muy habituales y comunes en los servicios de urgencias y en las consultas de atención primaria, teniendo los profesionales que dar respuesta inmediata para instaurar un tratamiento que se adapte al tipo de dolor que presenta el paciente y a sus circunstancias personales. En el bienestar del individuo confluyen diversos factores como biológicos, psicológicos y socioculturales, influyendo todos ellos en la respuesta que tiene el paciente al dolor.

Por ello, el modelo biopsicosocial en relación a los trastornos del dolor crónico es incuestionable y ampliamente defendido. La prevención del dolor crónico no solo se centra en prevenir la enfermedad que lo origina, sino también en sus consecuencias, siendo las más comunes la pérdida de funcionalidad y productividad, trastornos mentales, discapacidad laboral, entre otras. Enfermería debe realizar una intervención del abordaje del dolor crónico de manera integral, desarrollando una actitud proactiva donde las funciones a desarrollar tengan en cuenta al paciente como un todo, teniendo en cuenta todas las esferas del mismo. Enfermería, desde atención primaria, debe diseñar intervenciones psicológicas y

psicoeducativas para que el paciente pueda controlar los factores emocionales y cognitivos del dolor.

Sabiendo que el dolor interfiere en las actividades de la vida diaria, Enfermería debe realizar una valoración minuciosa y exhaustiva del dolor, pudiendo así dar una respuesta adecuada a las necesidades del paciente a través de unos planes de cuidados individualizados. Para que Enfermería pueda valorar correctamente el dolor crónico, debe utilizar unas escalas de valoración, siendo las más utilizadas la escala numérica (EN), la escala categórica (EC) y la escala visual analógica (EVA).

Una buena valoración permite un mejor diagnóstico, pudiendo realizar unas intervenciones efectivas y de calidad.

Dentro de los diagnósticos enfermeros NANDA en relación con el dolor crónico están: dolor crónico y síndrome de dolor crónico. Dentro de los resultados enfermeros NOC en relación con el dolor crónico están: control del dolor, nivel del dolor, calidad de vida, conocimiento: manejo del dolor, equilibrio emocional, nivel de fatiga, ansiedad y estrés, entre otros. Dentro de las intervenciones NIC en relación con el dolor crónico están: manejo del dolor crónico, manejo de la medicación, control del estado de ánimo, terapia de relajación, escucha activa, mejorar el afrontamiento, entre otras.

5 Discusión-Conclusión

El dolor crónico es muy habitual en las consultas de atención primaria.

Por eso, Enfermería, desde este nivel de atención, debe realizar una valoración correcta del dolor crónico que padece el paciente a través de las diferentes escalas de medición existentes, pudiendo dar así una respuesta adecuada a las necesidades del paciente a través de unos planes de cuidados individualizados donde todas las esferas y factores del paciente queden incluidos.

Para ello, Enfermería debe utilizar el modelo biopsicosocial, a la vez de promover la educación del paciente para que tenga un afrontamiento más activo en su autocuidado y consiga el mayor bienestar posible.

6 Bibliografía

1. Goberna Iglesias, M. J., Mayo Moldes, M., & Lojo Vicente, V. (2014). Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(1), 50-58.

- 2. González de Lena Gorgojo, C. (2021). Cuidados enfermeros en dolor crónico musculoesquelético en Atención Primaria.
- 3. Monleón Just, M. (2017). Intervención enfermera en dolor crónico.
- 4. Osorio, M. A. M. (2016). Del Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial: El desafío pendiente para la fisioterapia en el dolor musculoesquelético crónico. Revista Facultad de Ciencias de la Salud UDES, 3(2), 97-101.

Capítulo 111

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL

MELODY TORIJA RESUELA

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 mm Hg.
- Presión de aurícula izquierda: 4-12 mm Hg.
- Presión de oclusión de la arteria pulmonar: 6-12 mm Hg. 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 relacionas 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 112

HIPNOPARTO: NUEVA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO

MONICA VIDAL ARENAS

CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ

MARIA GARCIA GONZALEZ

1 Introducción

El hipnoparto es una preparación al parto que tiene como finalidad reemplazar la ansiedad y el miedo que aparece durante el trabajo de parto por la confianza, positivismo y seguridad. Es un proceso de autoconocimiento y crecimiento personal donde trabajas la confianza y conexión con tu cuerpo y tu propia mente. Este cambio se consigue a través de recursos de gestión emocional, información basada en evidencia, técnicas de relajación y autohipnosis (1).

El término de "hipnoparto" hace referencia a la aplicación de técnicas de hipnosis para mejorar la experiencia de embarazo y parto. (1,2,3).

La "hipnosis" es un estado mental de relajación muy profunda donde podemos hacer cambios en nuestro subconsciente, de manera que podemos remodelar y modificar toda la información y creencias que poseemos desde el nacimiento. Al modificar la percepción negativa del parto, evitamos que nuestro cuerpo responda como si de una amenaza se tratase, modificando estas creencias por otras más positivas. De esta manera, al eliminar estas creencias limitantes sobre el embarazo y el parto, permitimos que el instinto natural fluya y el parto se desenvuelva de manera natural y fisiológica.

Es de vital importancia, destacar el objetivo principal del hipn parto, el cual consiste en la liberación de patrones de comportamientos y creencias negativas que puedan obstruir el proceso natural del parto por otras positivas que permitan su flujo natural.

Esta revisión bibliográfica trata de demostrar todos los beneficios que reporta el hipn parto durante el embarazo y el trabajo de parto.

2 Objetivos

General:

- Demostrar los principales beneficios del hipn parto durante el embarazo y el parto.

Específicos:

- Entender la fisiología y el funcionamiento cerebral- emocional implicado en la hipnosis.
- Resaltar la importancia de las hormonas que favorecen el bienestar y la fluidez natural durante el trabajo de parto.
- Destacar el papel de la respiración para favorecer la relajación profunda.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión Bibliográfica con un periodo de búsqueda comprendido entre el año 2018-2023, con preferencia de artículos en inglés y en castellano. La base de datos empleada: Pubmed, Cochrane, Google Scholar, Elsevier, Scielo. Tras realizar la búsqueda en las bases de datos mencionadas, con las palabras claves establecidas y los operadores booleanos “AND” y “OR”, 7 artículos han sido consultados y analizados con la herramienta de lectura crítica CASPE. Tras ello, un libro y 2 artículos han sido seleccionados, dando preferencia a los objetivos marcados.

4 Resultados

Tras realizar la revisión bibliográfica, se destacan los siguientes componentes implicados en el proceso de hipn parto:

- En primer lugar, destacar el papel de nuestro cerebro; el cual se divide en dos partes fundamentales: El neocórtex, relacionado con el pensamiento abstracto y

con la parte racional, y el cerebro primitivo, relacionado con nuestros instintos, emociones y producción de hormonas.

El parto es un evento primitivo, por lo que es de vital importancia, reducir la actividad del neocórtex durante el parto y favorecer la actividad del cerebro primitivo, el cual interviene en la parte instintiva y la producción de las hormonas relacionadas con el proceso del parto.

El neocórtex reduce su actividad cuando dormimos o cuando estamos en relación profunda. Por este motivo, las técnicas de hipn parto permiten silenciar el neocórtex para que el cerebro primitivo pueda funcionar correctamente.

- Por otro lado, las hormonas también juegan un papel muy importante durante todo el proceso de parto. En función de las emociones que tengamos, segregaremos diferentes tipos de hormonas. De esta manera, los pensamientos conscientes/inconscientes que generamos diariamente, afectan a la producción de hormonas y en consecuencia modifican el proceso de parto.

El cerebro primitivo se encarga de segregar las principales hormonas:

1. Oxitocina: comúnmente conocida como "la hormona del amor" y "la hormona de la vida". Participa en todo lo relacionado con la reproducción de nuestra especie. Para generarla necesitamos sentirnos en un ambiente seguro y tranquilo (1), cuando nos sentimos así, nuestro sistema parasimpático se activa y favorece la acción de la oxitocina, que está implicada en la producción de contracciones uterinas durante el parto, favorece el alumbramiento de la placenta, el inicio de la lactancia materna y establece el vínculo materno-bebé.

1. Adrenalina: contrariamente a la oxitocina, se encuentra la adrenalina, la cual se segrega cuando se activa el sistema nervioso simpático. Conocida como "la hormona del miedo", ya que prepara al cuerpo para la lucha/huida, evolutivamente, esta respuesta garantiza la supervivencia de la especie. Tiene una función antagonista con respecto a la oxitocina, puesto que inhibe todas las funciones propias de dicha hormona.

En la primera fase del parto, un exceso de adrenalina puede ralentizar e incluso parar el proceso de parto. (1).

3. Endorfinas: las beta-endorfinas son calmantes naturales que actúan como analgésicas muy potentes y que se producen de forma natural en partos no intervenidos /medicalizados (1). Tienen la capacidad de hacer tolerable el trabajo de parto para la mujer, haciéndolo más cómodo y llevadero.

4. Prolactina: la prolactina es la hormona de la lactancia y está presente durante todo el embarazo. Sus niveles alcanzan el pico máximo tras el nacimiento. Las beta-endorfinas facilitan la producción prolactina durante el parto, estando relacionada con la seguridad y protección de nuestro bebé.

- Finalmente, destacar el poder de la respiración, la cual juega un papel fundamental durante la práctica del hipn parto. Normalmente, se utiliza la respiración abdominal/diafragmática, que se caracteriza por ser una respiración profunda capaz de relajar el cuerpo y la mente.

La mejor manera de conseguir dicho estado de relajación es a través de esta respiración abdominal, desde el diafragma, consiguiendo así una relajación profunda a nivel corporal, pero sobre todo de la zona abdominal y del suelo pélvico (1).

5 Discusión-Conclusión

La hipnosis nos ofrece la ayuda necesaria para sanar y recuperar el equilibrio desde la mente de la propia paciente (2). Por consiguiente, el hipn parto se convierte en una alternativa muy atractiva para modificar patrones mentales durante el embarazo y el parto.

Tras realizar la revisión bibliográfica, confirmamos los siguientes beneficios con respecto al hipn parto:

- Reduce o anula completamente la necesidad de analgésicos durante y después del parto. (1,2).
- Acelera el proceso de parto (1,2).
- La mayoría de las madres reportaron experiencias positivas, destacando sentimientos de confianza, calma y empoderamiento (2,3).
- Se asocia con una mayor incidencia de partos vaginales espontáneos (1,2).
- Numerosos estudios demuestran mejores puntuaciones en el test de Apgar del recién nacido (1).
- Reducción del intervencionismo y complicaciones durante el trabajo de parto (1,2).
- Estancias más cortas en el hospital (1).

Finalmente, concluimos corroborando la eficacia del hipn parto en la práctica diaria para mejorar el bienestar de la madre durante el embarazo y el parto.

6 Bibliografía

1. Carmen Moreno. Hipn parto. Preparación para un parto positivo. 1ª Edición. Independently published; 2018.
2. Cristina López Micó. Nuevos avances en hipnosis: Fertilidad y Embarazo. Hipnológica.2021; 13:36-40.

3. Stephanie Catsaros. Jaqueline Wendland. Psychological impact of hypnosis for pregnancy and childbirth: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2023; 50: 1-13.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 113

DESARROLLO POR ENFERMERÍA DE LA RELEVANCIA EN SALUD DE LAS VACUNAS

YOLANDA TRAPERO MORENO

CAROLINA SOLANA ROMERO

LUCIA RUBIO CORONADO

SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE

1 Introducción

A lo largo de los tiempos se ha ido mejorando la salud de las personas gracias a dos grandes avances y a las medidas de la sanidad que han ayudado a acrecentar la esperanza de vida: la potabilización del agua y la vacunación.

En 1796 Edward Jenner fue el que dio los primeros pasos con la vacuna de la viruela, aunque no fue hasta el año 1880 cuando se reveló y descubrió la vacuna contra la rabia de la mano de Pasteur al que llamaron y es conocido como el padre de la vacunología.

En el caso de los recién nacidos, diversos estudios han demostrado que la madre anterior al nacimiento a través de la placenta, le transmite protección contra los microbios que le causan la enfermedad, esta protección durara unas semanas.

Tras un mínimo periodo de tiempo, esta protección desaparece.

Las vacunas son concretadas como preparaciones que se administran a los individuos para poder generar inmunidad activa y duradera contra una enfermedad,

cuando esta se administra el sistema inmunológico se activa y reconoce el antígeno, entonces este le activara a la producción de anticuerpos contra lo que él interpreta como la enfermedad.

Es por esto, que si la persona en algún momento de su vida entrara en contacto con ese organismo contra el cual ya ha sido vacunada, las defensas que se generan por haberse puesto la vacuna la tendrían protegida para evitar la enfermedad o harían que esta fuera más leve en cuanto a sintomatología.

Lo más habitual es administrarlas mediante las inyecciones, aunque algunas sean por vía oral. En muchos de los casos son necesarias varias dosis para llegar a conseguir que el efecto protector se mantenga por los años.

2 Objetivos

Abordar el tema de las vacunas que tan actual está hoy en día y la importancia de la vacunación tanto individualmente como en el contexto sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El objetivo y el fin de la vacunación no es otro que el de reducir la mortalidad y morbilidad de las enfermedades que se pueden prevenir a través de estas, en los niños menores de 5 años, mujeres en edad fértil y los grupos de riesgo. Debemos de promocionar y sensibilizar a la gente con este tema y que consigan ver la vital importancia de lograr una inmunización completa a lo largo de la vida.

Grosso modo y en lenguaje comprensible para la población no sanitaria, expresaremos que son medicamentos biológicos que, si los administramos a personas que están sanas, estas activan y producen unos anticuerpos que de alguna manera actúan protegiéndole por si en un futuro tiene un contacto con ese agente infeccioso y así poder evitar la infección o la enfermedad.

Los padres tienden a la sobreprotección de sus hijos y sobre todo a intentar evitarles cualquier tipo de sufrimiento o dolor, pero en este caso cualquier llanto o posible pequeño dolor en la zona de la vacuna por parte del niño no es nada en comparación con las graves complicaciones y consecuencias que pueden llegar a derivar de las enfermedades que las vacunas previenen.

Como ya expusimos anteriormente no solo se administrarán a recién nacidos o niños, sino que también a personas adultas, ya sea para los refuerzos o por un determinado grupo de riesgo, como es el caso por ejemplo de la vacuna de la gripe que es fundamental en determinados grupos. Esta es totalmente gratuita y se administra en todos los centros de salud, los meses en los que se suele poner son entre octubre y noviembre, ya que es más probable contraer la enfermedad en esa época. Está especialmente dirigida a personas que tienen un alto riesgo de complicaciones en caso de llegar a padecerla.

Como pueden ser las personas mayores de 65 años, mujeres embarazadas, adultos y niños que padecen enfermedades crónicas u obesidad, personas que conviven con personas de alto riesgo, niños y adolescentes (de entre los 6 meses y los 18 años) que hayan recibido tratamiento con ácido acetilsalicílico durante un periodo largo de tiempo, personal de centro sanitario y social, así como personal en prácticas, trabajadores de servicios públicos esenciales como, policías, bomberos, Y este actualmente se da comienzo con la administración a bebés prematuros mayores de 6 meses y menores de 2 años.

Es demasiado transcendental en los niños respetar siempre el calendario obligatorio de la vacunación, ya que el no vacunarlos hace peligrar como hemos explicado, no solo su salud sino también la de toda la población. Si dejáramos de vacunar a los niños, las enfermedades que ya están controladas y que ya tenemos casi olvidadas volverían otra vez a resurgir y aunque son muy pocas las que tendrían índices de mortalidad sí que muchas conllevarían un peligro importante de padecer otras asociadas.

No se nos debe de olvidar que las vacunas son herramientas sanitarias que previenen enfermedades, y que establecen una de las medidas sanitarias que han originado más beneficio y que hoy en día siguen produciendo a las personas, nos previenen de enfermedades que antes nos podían causar grandes secuelas, epidemias e incluso la de llegar a la muerte. Con ellas hemos conseguido erradicar la viruela. El sarampión ha dejado de ser una problemática y los casos de difteria han desaparecido, la tosferina, tétanos, hepatitis B y meningitis meningocócicas ya están controladas.

Si una cosa debemos de tener muy clara es que las vacunas nos aportan muchos beneficios, han conseguido salvar millones de vidas a lo largo de los años, muy

poca gente se acuerda ya de la viruela la cual está erradicada hace muchos años o la rubeola y el sarampión ya eliminados de muchos países. Es importante protegerlos y la protección de las personas que nos rodean, ya que estar en contacto con mucha gente vacunada hace que las pocas personas que no lo están se sientan también protegidas, a esto se le conoce como la inmunidad comunitaria.

En la actualidad existen muchos padres que son reacios a vacunar a sus hijos, pero lo que no saben es que los riesgos de vacunarse siempre serán con diferencia inferiores a sus beneficios, con la vacuna ganamos protección y nos ahorramos de la enfermedad. Un evidente ejemplo fue el miedo a la vacuna triple vírica que comenzó por un artículo en una prestigiosa revista, esta llegó a sugerir una relación causa-efecto entre la vacuna y ciertos casos de autismo.

Años después se notificó como un fraude.

No se debe poner en duda a los expertos y su profesionalidad, todo lleva un gran proceso detrás y desde luego solo se administra la vacuna una vez que está haya pasado unos largos y cuidadosos análisis realizados por científicos, médicos y profesionales dedicados al cuidado de la salud.

Tras las vacunas en algunos casos pueden aparecer reacciones adversas como un pequeño eritema, un leve dolor en el área de la inyección, dolores musculares o incluso décimas de fiebre. Muy pocas veces se han presentado reacciones alérgicas de gravedad a alguno de sus componentes. La fiebre puede llegar en diversos momentos, según sea la vacuna administrada.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día somos conocedores de que ningún tipo de avance en medicina ha logrado salvar tantas vidas como lo hacen las vacunas, aunque hoy en día muchas son las personas todavía reacias para vacunar a sus hijos, ya sea por falsas creencias o por otro tipo de causas, el hecho es que, por la irresponsabilidad de estas personas, las enfermedades que ya creíamos erradicadas han vuelto otra vez a ser un problema en la sociedad. Es el caso del sarampión o la poliomielitis, son enfermedades muy poco frecuentes o ya casi inexistentes que están presentes en otras partes del mundo, pero, que nos seguimos vacunando porque no es difícil llegar a entrar en contacto con ellas, ya sea viajando al extranjero o cuando personas que no han sido vacunadas vienen a nuestro país.

En el caso del sarampión hace unos años era casi una enfermedad erradicada, porque la cobertura vacunal es del 95 % estando a expensas el otro 5% expuesto de la protección que les brindan los vacunados, se hizo un seguimiento de esta enfermedad y se obtuvieron datos realmente alarmantes, vemos como en el 2004

se registraron 29 casos de sarampión, en el 2005 fueron 20 los casos. Pero ya en el año 2008 dio comienzo la moda o tendencia a la no vacunación y nos encontramos con 300 casos registrados, llegando en 2011 a más de 1300 casos, un dato a la par que alarmante muy preocupante.

Solo podemos suspender una vacuna contra un tipo de enfermedad, como es el caso de la viruela, si esta se ha eliminado por completo en todo el mundo.

Las vacunas más importantes para los niños son: hepatitis B, difteria, tétanos, tosferina, polio, meningococo C, neumococo, sarampión, la bacteria *Haemophilus influenza* tipo B, rubeola, paperas y el virus del papiloma humano (solo niñas).

Serían administradas a lo largo de su vida, aunque la gran mayoría serían en los primeros años de vida. Entre otras vacunas tenemos las no financiadas por el sistema nacional de salud (SNS), pero si recomendables, que serían el rotavirus, el meningococo B en lactantes y tosferina en adolescentes. La tetravalente anti-meningocócica se considera de recomendación individual en ciertas circunstancias.

6 Bibliografía

1. Medline[Internet].España:02 de Diciembre 2019.Informacion general sobre vacunas. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002024.htm>.
2. Riojasalud. Internet: Gobierno de la Rioja ,03 de Diciembre 2019.Servicio Riojano de salud,la importancia de las vacunas. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/>.
3. OMS. Vacunas y enfermedades prevenibles mediante vacunación. En: Dr Gilles Pומרol and Dr Annelies WilderSmith. Viajes internacionales y salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad 2012.Madrid: Sanidad; 2012. PAG 111-188.
4. Asociación de enfermería comunitaria [internet].Valencia: Francisco Javier Pastor Gallardo; 2019. proyectoavatar. Disponible en: <http://proyectoavatar.enfermeriacomunitaria.org>.
5. Kidshealth[Internet].DrNeil Izenberg;1995[marzo 2019]. KidsHealth.org. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/fact-myth-immunizationsesp.html>.

Capítulo 114

VALORES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

CAROLINA SOLANA ROMERO

LUCIA RUBIO CORONADO

SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE

1 Introducción

En la introducción de este trabajo vamos a mencionar que a lo largo de él queremos valorar distintas cuestiones que van relacionadas con la misión del Sistema Nacional de salud y qué relación tiene con el personal de enfermería. Con estos valores vamos a manifestar la importancia de las funciones de los enfermeros respecto a que se realicen en relación a dichos valores. Los mismos nos van a servir para poner de manifiesto qué importancia tienen las funciones del personal de enfermería, no solamente que las realicen según el protocolo de actuación, sino de manera correcta conforme a la misión que pretende el Servicio Nacional de salud. A lo largo de este trabajo vamos a intentar presentar esos principios básicos que debe de tener la sanidad pública, aunque dejamos constancia de que existen muchos más valores relacionados con esto y que los que presentamos aquí

son una pequeña muestra para poner de manifiesto la relación que existe entre dicho sistema de salud y como el mismo enlaza con la categoría profesional concreta de enfermería. No obstante el resto de las categorías profesionales se van a regir por el mismo sistema, aunque en estas líneas veremos la relación de las funciones concretas del personal de enfermería con esta serie de valores.

2 Objetivos

En este trabajo hemos recogido varios objetivos que hemos querido reflejar a continuación:

- Analizar determinados aspectos relacionados con la misión que sigue el Sistema Nacional de salud con respecto a distintos valores importantes para ella.
- Enumerar una serie de valores que van relacionados con dicha misión del Sistema Nacional de salud de manera general y qué guarda relación con el personal de enfermería.

3 Metodología

La parte metodológica de nuestro estudio está orientada en torno a conocer, a través de la investigación y la bibliografía adjunta, el papel del personal de enfermería en la sanidad pública. Para ello hemos usado varias bases de datos que han sido distintas para poder recoger la mayor información posible. Hemos usado Google Scholar o plataformas como DIALNET que se encargan de que muchos de los documentos estén clasificados y ordenados de manera que nos facilite el trabajo de investigación.

4 Resultados

En este apartado de resultados vamos a hablar por un lado de una serie de valores que tiene la sanidad pública y que están enfocados al estilo y a la misión que se pretende del Servicio Nacional de salud. Esta cuestión la vamos a relacionar con valores concretos que nos oriente el trabajo. Por otro lado, vamos a enumerar algunos de esos valores importantes que están relacionados y deben de seguir los enfermeros en sus funciones diarias. La misión de la sanidad pública consiste en prestar atención sanitaria a los ciudadanos con independencia de otras cuestiones añadidas como es la igualdad, siendo un referente de partida importante.

Por ello tenemos una serie de servicios sanitarios públicos de calidad en la que se asegura la accesibilidad como la equidad y la satisfacción de los usuarios. Con esto se busca la eficiencia y el aprovechamiento más favorable de los recursos que ofrece la sanidad. Para que esta misión se lleve a cabo es importante tener en cuenta a las distintas categorías profesionales que trabajan para la sanidad. Es por ello que se elabora una serie de valores o principios que deben de seguir para actuar de manera uniforme a todas las categorías profesionales. Igualmente, se debe de mostrar aquellos valores que exponen a la sanidad como una organización en la que atiende al usuario de manera igualitaria y que busca como fin último el bienestar del paciente. Dichos principios aparte del mencionado de equidad que está relacionada con la igualdad, como la propia accesibilidad de cualquier ciudadano en igualdad de condiciones, tenemos añadidas otras en la que los enfermeros deben de tener presente. Uno importante para los enfermeros es realizar una atención personalizada, ya que deben de atender a los usuarios de manera individual, asesorándolos y ayudándolos en relación con sus funciones y las necesidades de los mismos. Deben de actuar también los enfermeros de manera organizativa en su caso, especialmente coordinándose con el médico, ya que es importante la relación entre ambos.

5 Discusión-Conclusión

Esta parte del trabajo sirve para concluir que tras analizar determinados aspectos relacionados con la misión que persigue a Sistema Nacional de salud vemos que hay una serie de valores que deben de cumplirse por las distintas categorías profesionales. Dichos valores persiguen una misión común del Sistema Nacional de salud siendo de esta manera una meta uniforme a todo el sistema sanitario. Por otro lado y una vez enumerados algunos de los valores a los que nos referimos, visualizamos que el personal de enfermería debe de cumplir dichos valores, ya que además de sus funciones específicas en el trabajo de enfermería deben de seguir la misma misión que de manera coordinada contempla la sanidad pública.

6 Bibliografía

1. Potter, Perry & Stockert. Fundamentos de enfermería: 9 edition.

Capítulo 115

LA PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE FLEBITIS EN PACIENTES EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CAROLINA SOLANA ROMERO

LUCIA RUBIO CORONADO

SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

1 Introducción

La canalización del catéter por vía venosa es una de las técnicas más usadas en la actualidad por parte de los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario. Uno de cada tres pacientes tiene un catéter venoso periférico y una de las complicaciones habituales más presentes es la flebitis. La flebitis se puede definir como la inflamación local en la vena en el tramo o tramos que son conectados a través del catéter venoso, puede ser causado por diferentes motivos como, por ejemplo, químicos (debido a la infusión de fármacos irritantes mediante el catéter) pueden ser mecánicos (debido a la zona donde se realiza la inyección y fijación del catéter venoso) y también pueden ser de origen infeccioso (provocados por la colonización de patógenos de la piel que se filtran al interior).

El personal de enfermería tiene un papel importante, parte de sus funciones son vigilar al paciente con un catéter periférico, identificar y tratar las posibles complicaciones, realizándolo con el objetivo de prevenir el desarrollo de flebitis y otras posibles complicaciones que puedan surgir como sepsis, endocarditis, tromboflebitis, trombosis venosa profunda. Esto tiene el objetivo de mejorar la calidad de la atención al paciente y reducir los costes sanitarios al disminuir el número de estancias hospitalarias.

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es poner de manifiesto la importancia de la prevención de la aparición de flebitis en pacientes con catéteres venosos periféricos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 distintos cuidados a tener en cuenta para reducir la incidencia de la flebitis son: - Procedimientos asépticos personales: mantener una buena higiene de manos antes y después de la inserción y manipulación del catéter.

Para garantizar una técnica aséptica, es fundamental el uso de guantes limpios que no impidan la higiene de las manos. Limpieza y desinfección del lugar de inyección: el antiséptico es alcohol clorhexidina > 5%. Debe usarse antes de insertar el catéter y al cambiar el vendaje.

La piel debe estar previamente limpia, seca antes de su uso y no debe tocarse después de la aplicación. En cuanto a los cuidados del catéter hay varios aspectos a considerar:

- Vendajes: los vendajes deben ser transparentes para monitorear el sitio de inserción, reforzados para estabilizar el catéter y cambiados semanalmente o cuando se ensucien.

Existen apósitos antibacterianos para heridas como Biopatch o Tegaderm que reducen el riesgo de colonización. Es necesaria una valoración y tratamiento del lugar de inyección con el objetivo de la detección de síntomas de flebitis.

- Manejo del equipo de infusión: se refiere al mantenimiento del equipo, ya sea continuo o intermitente, se debe mantener limpio y si se reemplaza la línea, se debe reemplazar todo el equipo. Al usar llaves de tres vías, los puntos de acceso no utilizados deben estar cubiertos. Para la administración continua, se recomienda cambiar el tubo a intervalos de más de 96 horas y menos de 7 días, a excepción de la administración de sangre, hemoderivados y soluciones lipídicas.

Se recomienda retirar los catéteres para adultos del canal periférico durante al menos 72 horas o en caso de mal funcionamiento. En niños con indicación clínica se debe retirar el catéter si no lo necesita, si presenta signos de flebitis o disfunción.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el cateterismo venoso periférico es la inserción de un catéter en una vena con fines terapéuticos o de diagnóstico. La principal complicación de esta técnica es la flebitis, definida como la inflamación de la vena en el tramo que pasa por el catéter.

Puede ser de origen químico, mecánico o infeccioso. El riesgo de aparición de la flebitis aumenta con la cantidad de días que el paciente usa el catéter. Los síntomas de la flebitis causan molestias, afectan la calidad de la atención al paciente, prolongan las estancias hospitalarias o provocan otras complicaciones.

El personal de enfermería debe prestar una adecuada observación de los catéteres periféricos utilizando instrumentos o escalas para evaluarlos, siendo importante orientar el autocuidado del paciente para evitar esta complicación.

6 Bibliografía

1. Módulo de formación de Flebitis-Zero. Flebitiszero.com. 2022, de <http://flebitiszero.com/app/Descargas/DocumentacionProyecto/Flebitis%20Zero.pdf>.
2. Flebitis asociada con accesos venosos periféricos en niños. Scielo 2015 http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-9392201500200008.

Capítulo 116

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA DIABETES

MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ

SILVIA LEÓN MAS

ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ

ALICIA SERRANO DUQUE

CRISTINA GIJÓN RUIZ

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica de gran relevancia a nivel mundial debido a su creciente incidencia y sus implicaciones en la salud de las personas. Se caracteriza por una alteración en los niveles de azúcar en sangre que puede tener consecuencias devastadoras si no se maneja adecuadamente. En este contexto, la educación sanitaria se convierte en un pilar fundamental para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de quienes padecen esta condición.

La enfermería, como parte integral del equipo de atención médica, juega un rol esencial en la educación sanitaria de las personas con diabetes. Su labor va más allá de administrar medicamentos o realizar controles de glucosa; implica proporcionar información, apoyo emocional y herramientas necesarias para que los pa-

cientes puedan comprender su enfermedad, tomar decisiones informadas y adoptar un estilo de vida saludable.

La educación sanitaria en diabetes abarca diversos aspectos, desde la comprensión de la fisiología de la enfermedad y la importancia de la monitorización de los niveles de glucosa hasta la planificación de una dieta equilibrada y la incorporación de la actividad física en la rutina diaria. Los enfermeros desempeñan un papel crucial al explicar estos conceptos de manera accesible y adaptada a las necesidades individuales de cada paciente.

Además de la gestión de la enfermedad en el día a día, la enfermería también tiene un papel clave en la prevención de complicaciones a largo plazo. Esto incluye la enseñanza de técnicas de inyección de insulina, la promoción del cuidado adecuado de los pies y la detección temprana de posibles problemas de salud asociados a la diabetes, como la retinopatía diabética o la neuropatía periférica.

Un aspecto crucial de la educación sanitaria en diabetes es el fomento de la adherencia al tratamiento. Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con los pacientes para ayudarles a entender por qué es importante seguir su plan de tratamiento, incluyendo la toma regular de medicamentos, el control de la dieta y la actividad física. La enfermería proporciona estrategias para superar las barreras que puedan surgir y ofrece apoyo continuo para mantener la motivación y el compromiso.

La promoción de la autogestión de la enfermedad es otro componente central de la labor de enfermería en la educación sanitaria en diabetes. Se trata de capacitar a los pacientes para que sean capaces de tomar decisiones informadas y gestionar su enfermedad de manera efectiva en su vida diaria. Esto incluye el aprendizaje de habilidades de autorregulación, la toma de decisiones sobre la alimentación y la adaptación del tratamiento según las necesidades cambiantes.

2 Objetivos

Conocer cuál es el papel de enfermería en la educación sanitaria en diabetes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha 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 revisables.

4 Resultados

El papel de la enfermería en la educación sanitaria en la diabetes es crucial para el manejo efectivo de esta enfermedad crónica. Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la promoción de la salud, la prevención de complicaciones y el apoyo a las personas con diabetes.

1. **Educación sobre el autocuidado:** Los enfermeros proporcionan información esencial sobre la diabetes, incluyendo la comprensión de la enfermedad, la monitorización de glucosa, la administración de insulina y/o medicamentos orales, la planificación de comidas saludables y la importancia del ejercicio. Esta educación empodera a los pacientes para que tomen el control de su salud y tomen decisiones informadas.

2. **Gestión de la medicación:** Los enfermeros desempeñan un papel vital en la enseñanza de la administración adecuada de insulina y otros medicamentos, asegurando que los pacientes comprendan las dosis, los horarios y los efectos secundarios. También pueden ayudar en la gestión de los dispositivos de administración de insulina, como las bombas.

3. **Promoción de cambios en el estilo de vida:** La educación en diabetes no se limita a la medicación. Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con los pacientes para fomentar cambios en el estilo de vida, como la adopción de una dieta equilibrada y la incorporación de actividad física regular en sus rutinas diarias.

4. **Prevención de complicaciones:** Los enfermeros desempeñan un papel esencial en la prevención de complicaciones a largo plazo de la diabetes, como enfermedades cardiovasculares, neuropatía y problemas oculares. Esto incluye el monitoreo regular de la presión arterial, el control de los niveles de colesterol y la detección temprana de problemas potenciales.

5. **Apoyo emocional:** La diabetes puede tener un impacto significativo en la salud emocional de una persona. Los enfermeros ofrecen apoyo emocional a los pacientes, ayudándoles a lidiar con el estrés, la ansiedad y la depresión que a menudo acompañan a la enfermedad.

6. ****Educación continua:**** La educación en diabetes no es un evento único, sino un proceso continuo. Los enfermeros brindan seguimiento constante, responden a preguntas y ajustan el plan de atención según las necesidades cambiantes de los pacientes.

7. ****Trabajo en equipo:**** Los enfermeros colaboran estrechamente con otros profesionales de la salud, como médicos, dietistas y farmacéuticos, para garantizar una atención integral y coordinada para las personas con diabetes.

En resumen, el papel de la enfermería en la educación sanitaria en la diabetes es multifacético y esencial para el bienestar de las personas con esta enfermedad. Proporcionan conocimientos, apoyo emocional y cuidados continuos que ayudan a las personas a vivir una vida saludable y a prevenir complicaciones relacionadas con la diabetes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de la enfermería en la educación sanitaria en la diabetes es fundamental para el manejo efectivo de esta enfermedad crónica. Los enfermeros desempeñan un rol integral al proporcionar educación, apoyo emocional y cuidados continuos a las personas con diabetes. Su contribución abarca desde la enseñanza sobre el autocuidado y la gestión de la medicación hasta la promoción de cambios en el estilo de vida saludable y la prevención de complicaciones a largo plazo. Además, trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud para brindar atención integral y coordinada. En última instancia, el compromiso de la enfermería en la educación sanitaria en la diabetes mejora la calidad de vida de los pacientes y contribuye a un mejor control de la enfermedad, reduciendo así las complicaciones y los costos de atención médica a largo plazo.

6 Bibliografía

1. "Enfermería en la Diabetes Mellitus Tipo 2" de Mercedes Galindo Guillén y María Concepción Fernández Fernández.
2. "Educación Terapéutica en Diabetes" de Enric Esmatjes y María Begoña Sánchez.
3. "Educación en Diabetes: Manual para Educadores" de Ricard Casamitjana, Ana M. Castells y Albert Goday.

4. "Manual de Enfermería en Diabetes" de Eva Segura García y José Luis Bueno Lázaro.
5. "Diabetes y Enfermería" de María Ángeles Díaz García y José Miguel Alcázar Arroyo.

Capítulo 117

INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DISNEA

MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ

SILVIA LEÓN MAS

ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ

ALICIA SERRANO DUQUE

CRISTINA GIJÓN RUIZ

1 Introducción

La disnea, o dificultad para respirar, es un síntoma que puede manifestarse en una amplia variedad de condiciones médicas y que requiere una atención cuidadosa y oportuna por parte del equipo de enfermería. La intervención del equipo de enfermería en el paciente con disnea desempeña un papel fundamental en la mejora de la calidad de vida y la comodidad del paciente, así como en la identificación y el manejo de las causas subyacentes de esta preocupante afección.

Esta intervención abarca desde la evaluación inicial de los signos y síntomas del paciente con disnea hasta la implementación de medidas terapéuticas que promuevan una mejor función respiratoria. La enfermería desempeña un rol esencial en la monitorización continua de los pacientes con disnea, la administración de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, la educación del paciente y

su familia sobre el manejo de la disnea en el hogar, y la coordinación de cuidados interdisciplinarios con otros profesionales de la salud.

Exploraremos en detalle la importancia de la intervención del equipo de enfermería en el paciente con disnea, destacando la necesidad de una evaluación exhaustiva, un enfoque holístico en el cuidado y la colaboración interprofesional para garantizar un manejo efectivo y compasivo de esta afección.

2 Objetivos

- Proporcionar información clara y precisa sobre la disnea, sus posibles causas, síntomas y las implicaciones para la salud del paciente.
- Generar empatía hacia los pacientes que experimentan disnea y sus familias, destacando la relevancia de una atención de enfermería compasiva y centrada en el paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 intervención del equipo de enfermería en el paciente con disnea se centra en proporcionar cuidados efectivos y compasivos para aliviar la dificultad respiratoria y mejorar la calidad de vida del paciente. Aquí tienes algunas de las acciones que un equipo de enfermería puede llevar a cabo en la atención a un paciente con disnea:

1. Evaluación inicial: Realizar una evaluación exhaustiva del paciente para determinar la causa y la gravedad de la disnea. Esto incluye medir la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno en sangre, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura.
2. Administrar oxígeno: Si es necesario, administrar oxígeno suplementario para mantener los niveles de saturación de oxígeno dentro de un rango seguro y adecuado.

3. Monitorización continua: Vigilar de cerca los signos vitales del paciente y la respuesta al tratamiento, ajustando las intervenciones según sea necesario.
 4. Posición del paciente: Ayudar al paciente a encontrar una posición cómoda que facilite la respiración, como sentarse en posición semirreclinada o utilizar almohadas para elevar la cabeza.
 5. Medicación: Administrar medicamentos según las indicaciones del médico, como broncodilatadores, corticosteroides o analgésicos, para aliviar la disnea y tratar la causa subyacente.
 6. Terapia respiratoria: Ayudar al paciente con técnicas de respiración, como la respiración profunda y la tos efectiva, así como la utilización de dispositivos como el incentivo inspiratorio para mejorar la expansión pulmonar.
 7. Manejo de la ansiedad: Proporcionar apoyo emocional al paciente, ya que la disnea puede causar ansiedad y miedo. Enseñar técnicas de relajación y proporcionar información sobre la afección pueden ser útiles.
 8. Promoción de la actividad física: Incentivar la movilización y el ejercicio adecuado, de acuerdo con las capacidades del paciente, para mejorar la resistencia y la función pulmonar.
 9. Educación del paciente: Informar al paciente sobre su afección, sus tratamientos y la importancia del seguimiento médico. Asegurarse de que comprenda cómo utilizar los medicamentos y dispositivos, como los inhaladores.
 10. Coordinación del cuidado: Trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, fisioterapeutas y trabajadores sociales, para garantizar una atención integral y efectiva.
 11. Seguimiento: Programar visitas de seguimiento para evaluar la progresión de la afección y realizar ajustes en el plan de atención según sea necesario.
- La atención a pacientes con disnea requiere una evaluación y atención individualizada, ya que las causas y las necesidades pueden variar ampliamente. Es esencial que el equipo de enfermería trabaje en estrecha colaboración con el médico y otros profesionales de la salud para proporcionar una atención de alta calidad y mejorar la calidad de vida del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del equipo de enfermería en la atención de pacientes con disnea es de suma importancia. La disnea, caracterizada por la dificultad para respirar, es un síntoma que puede ser alarmante y debilitante para quienes lo experimentan. Los enfermeros desempeñan un rol crucial en la atención integral de estos pacientes, garantizando su comodidad y calidad de vida.

El proceso de atención de enfermería comienza con una evaluación inicial minuciosa para comprender la causa subyacente de la disnea. A partir de esta evaluación, los enfermeros pueden administrar oxígeno si es necesario, realizar una monitorización continua para evaluar los signos vitales y ajustar las intervenciones según sea necesario. La ayuda con la posición y la terapia respiratoria son componentes clave para mejorar la función respiratoria del paciente.

Sin embargo, la atención va más allá de lo puramente físico. Los enfermeros también brindan apoyo emocional a los pacientes, ya que la disnea puede causar ansiedad y miedo. Además, educan a los pacientes sobre cómo manejar la disnea en su vida diaria y colaboran estrechamente con otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada.

Dado que las causas de la disnea son diversas y únicas para cada paciente, la atención de enfermería es altamente individualizada. La adaptabilidad y la colaboración interprofesional son esenciales para brindar el mejor cuidado posible.

En última instancia, la atención compasiva y efectiva proporcionada por el equipo de enfermería no solo mejora la calidad de vida de los pacientes con disnea, sino que también contribuye significativamente a su bienestar general y a su capacidad para enfrentar esta desafiante condición médica.

6 Bibliografía

1. "Enfermería Clínica de Taylor" de Carol Lillis, Priscilla LeMone, y Pamela Lynn.
2. "Manual de Cuidados Intensivos para Enfermería" de Pamela L. Swearingen y Jacquelyn R. Marshall.
3. "Cuidados Enfermeros al Paciente con Problemas de Ventilación-Aireación" de Pilar Martínez Alegría y María Ángeles de la Cueva.
4. "Cuidados de Enfermería al Paciente con Insuficiencia Cardíaca" de Antonio Doménech, Beatriz Doménech, y María Dolores Peris.

Capítulo 118

PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA EDUCACIÓN SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE INMUNOSUPRESORES EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE ÓRGANO SÓLIDO

MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ

SILVIA LEÓN MAS

ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ

ALICIA SERRANO DUQUE

CRISTINA GIJÓN RUIZ

1 Introducción

La enfermería desempeña un papel de suma importancia en la atención y cuidado de pacientes que han recibido un trasplante de órgano sólido y requieren el uso de inmunosupresores como parte fundamental de su terapia post-trasplante. La administración adecuada y segura de estos medicamentos es esencial para prevenir el rechazo del órgano trasplantado y promover la salud a largo plazo del paciente. En este contexto, las enfermeras ocupan una posición central en la educación, el

seguimiento y el apoyo integral de los pacientes trasplantados, brindándoles no solo conocimientos esenciales sobre el manejo de los inmunosupresores, sino también apoyo emocional y psicológico en su proceso de adaptación a un nuevo estilo de vida.

La educación sobre la administración de inmunosupresores es un componente crucial en la atención de pacientes trasplantados, ya que estos medicamentos pueden tener efectos secundarios significativos y su cumplimiento terapéutico es fundamental para evitar el rechazo del órgano. Las enfermeras desempeñan un papel vital en esta fase, explicando de manera comprensible y personalizada a cada paciente la importancia de tomar sus medicamentos según las indicaciones médicas, la dosificación adecuada, posibles interacciones con otros medicamentos, así como los síntomas de alerta a los que deben estar atentos. Esto implica una comunicación efectiva y empática para establecer una relación de confianza con el paciente, lo que aumenta la probabilidad de una adherencia óptima al tratamiento.

Además de la educación inicial, las enfermeras tienen un rol continuo en el seguimiento de la administración de inmunosupresores. Esto incluye el monitoreo de la adherencia del paciente y la identificación temprana de cualquier problema o efecto secundario que pueda surgir. La detección oportuna de posibles complicaciones relacionadas con la medicación es esencial para garantizar la seguridad y la eficacia del tratamiento a largo plazo.

Asimismo, las enfermeras ofrecen apoyo emocional y psicológico a los pacientes trasplantados, ya que este proceso puede ser emocionalmente desafiante. La adaptación a un régimen de medicamentos crónicos y a las restricciones en el estilo de vida puede generar ansiedad y estrés. En este sentido, las enfermeras desempeñan un papel clave al brindar apoyo en la gestión de estas emociones, fomentando estrategias de afrontamiento saludables y facilitando el acceso a recursos de apoyo psicológico si es necesario.

2 Objetivos

- Informar sobre los cuidados de pacientes trasplantados y en la administración de inmunosupresores.

3 Metodología

Para la elaboración y el desarrollo del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Scopus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El papel de la enfermera en la educación sobre la administración de inmunosupresores en pacientes trasplantados de órganos sólidos es fundamental para garantizar la seguridad y el éxito a largo plazo de estos pacientes. Aquí tienes algunos resultados clave relacionados con este tema:

1. ****Educación del paciente:**** Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la educación de los pacientes trasplantados sobre la importancia de tomar sus medicamentos inmunosupresores de manera adecuada y puntual. Esto incluye explicar los beneficios y los riesgos de estos medicamentos, así como la necesidad de cumplir con el régimen de medicación prescrito.
2. ****Seguridad del paciente:**** Las enfermeras también están involucradas en la supervisión de los pacientes para garantizar que están tomando los inmunosupresores de manera correcta y en las dosis adecuadas. Esto puede incluir la revisión de los horarios de medicación, la identificación y la gestión de posibles efectos secundarios, y la comunicación con el equipo médico en caso de preocupaciones.
3. ****Apoyo emocional:**** La educación sobre la administración de inmunosupresores puede ser estresante para los pacientes trasplantados y sus familias. Las enfermeras desempeñan un papel importante en la provisión de apoyo emocional y psicológico, ayudando a los pacientes a comprender y manejar las implicaciones de por vida de la terapia inmunosupresora.
4. ****Promoción de la adherencia:**** La adherencia a la terapia inmunosupresora es crucial para prevenir el rechazo del órgano trasplantado. Las enfermeras trabajan en estrecha colaboración con los pacientes para identificar barreras potenciales para la adherencia y desarrollar estrategias para superarlas.
5. ****Educación continua:**** La educación sobre la administración de inmunosupresores no es un evento único; es un proceso continuo. Las enfermeras proporcionan información actualizada sobre cambios en la terapia, nuevos medicamentos

y avances en la gestión de efectos secundarios.

6. ****Coordinación del cuidado:**** Las enfermeras también juegan un papel importante en la coordinación del cuidado de los pacientes trasplantados, asegurándose de que reciban la atención médica necesaria y que se realicen exámenes de seguimiento de manera regular.

7. ****Prevención de infecciones:**** Dado que la terapia inmunosupresora puede aumentar el riesgo de infecciones, las enfermeras educan a los pacientes sobre las medidas de prevención, como la higiene adecuada y la vacunación, así como la identificación temprana de signos de infección.

8. ****Registro y seguimiento:**** Las enfermeras mantienen registros precisos de la administración de medicamentos y los efectos secundarios informados por los pacientes. Esto es esencial para evaluar la eficacia de la terapia y ajustarla según sea necesario.

El papel de la enfermera en la educación y el cuidado de pacientes trasplantados de órganos sólidos que reciben inmunosupresores es multidimensional y esencial para garantizar resultados exitosos a largo plazo y la calidad de vida de estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Sin duda, el papel de la enfermera en la educación sobre la administración de inmunosupresores en pacientes trasplantados de órganos sólidos es un componente crítico y multifacético en el cuidado de estos individuos. A lo largo de este proceso, las enfermeras desempeñan una función esencial que abarca mucho más que simplemente proporcionar información sobre medicamentos. Su contribución abarca desde la promoción de la seguridad hasta el apoyo emocional, la coordinación del cuidado y la educación continua.

En primer lugar, la educación que las enfermeras brindan a los pacientes es esencial para asegurar que estos comprendan plenamente la importancia de seguir un régimen de inmunosupresores de manera consistente y precisa. Esto es vital para prevenir el rechazo del órgano trasplantado, que puede tener consecuencias graves para la salud del paciente. Además, garantizar que los pacientes tengan un conocimiento claro de las dosis adecuadas y los horarios de medicación contribuye significativamente a prevenir errores en la administración de medicamentos, lo que podría poner en peligro la vida del paciente.

Además de la seguridad, las enfermeras también son fundamentales en la identificación temprana y el manejo de los efectos secundarios asociados con los inmunosupresores. Estos medicamentos pueden tener una amplia variedad de efectos secundarios, algunos de los cuales pueden ser graves. Las enfermeras desempeñan un papel vital en la educación de los pacientes sobre qué efectos secundarios deben observar y reportar, así como en la implementación de estrategias para minimizar el impacto negativo en la calidad de vida del paciente.

El apoyo emocional y psicológico es otra dimensión crítica del papel de las enfermeras en la educación sobre inmunosupresores. El proceso de trasplante y la terapia inmunosupresora pueden ser extremadamente estresantes y desafiantes para los pacientes y sus familias. Las enfermeras ofrecen no solo información y orientación, sino también comprensión y empatía, ayudando a los pacientes a adaptarse a su nueva realidad y a manejar el estrés asociado.

En términos de coordinación del cuidado, las enfermeras son piezas clave en el sistema de atención médica de los pacientes trasplantados. Se aseguran de que reciban la atención médica necesaria, incluidos los exámenes de seguimiento regulares y el acceso a servicios de apoyo como terapeutas y consejeros. Esto garantiza una atención integral y continua para estos pacientes, que a menudo requieren seguimiento de por vida.

En un entorno médico en constante evolución, las enfermeras también desempeñan un papel importante en mantener a los pacientes informados sobre los avances en la terapia inmunosupresora, nuevos medicamentos y pautas de cuidado. La educación continua es esencial para que los pacientes estén al tanto de las últimas opciones de tratamiento y puedan tomar decisiones informadas sobre su salud.

6 Bibliografía

1. "Enfermería en el trasplante de órganos" de M.^a Ángeles Acuña López y Pilar Zorrilla Martínez.
2. "Manual de Enfermería en Trasplantes" de María Elena Morán García.

Capítulo 119

TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE ONCOLOGÍA HOSPITALARIA

DAVID MARTINEZ GÓMEZ

ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ

CARMEN SILLER ZAMORA

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

LORENA CANO LOPEZ

1 Introducción

Una consulta oncológica hospitalaria es un servicio médico especializado dentro de un hospital o centro de salud que se enfoca en el diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes con cáncer. Esta consulta es fundamental para abordar las complejas necesidades médicas y emocionales de los pacientes que enfrentan esta enfermedad devastadora.

En la consulta oncológica hospitalaria, los pacientes son atendidos por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, que puede incluir oncólogos médicos, cirujanos, oncólogos, radioterapeutas, enfermeros especializados en oncología, psicólogos y trabajadores sociales. Estos expertos trabajan juntos para brindar una atención integral y personalizada.

Las actividades en una consulta oncológica pueden incluir la evaluación de diagnóstico mediante pruebas de imagen, biopsias y análisis de laboratorio, así como la planificación y administración de tratamientos como quimioterapia, radioterapia, cirugía y terapias dirigidas. Además, se proporciona apoyo emocional y psicológico a los pacientes y sus familias, ya que el cáncer puede tener un impacto significativo en la salud mental y el bienestar emocional.

La consulta oncológica hospitalaria también desempeña un papel importante en la coordinación de la atención a largo plazo, el manejo de efectos secundarios de los tratamientos y el seguimiento de la progresión de la enfermedad. Además, se centra en la educación del paciente sobre su enfermedad y opciones de tratamiento, lo que permite a los pacientes tomar decisiones informadas sobre su atención.

Una consulta oncológica hospitalaria es un servicio médico especializado que se dedica al diagnóstico, tratamiento y manejo integral de pacientes con cáncer. Este enfoque multidisciplinario y centrado en el paciente es esencial para brindar la mejor atención posible a aquellos que luchan contra esta enfermedad y para mejorar su calidad de vida durante el proceso de tratamiento y recuperación.

2 Objetivos

Mostrar el papel del enfermero en la consulta oncológica del hospital.

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 enfermero en la consulta oncológica hospitalaria desempeña un papel vital en la atención integral y de calidad que se brinda a los pacientes que enfrentan el desafiante diagnóstico de cáncer. A continuación, se detallan las responsabilidades y funciones clave de un enfermero en este entorno:

Evaluación y apoyo emocional: Los enfermeros en la consulta oncológica son a menudo la primera línea de contacto con los pacientes recién diagnosticados. Realizan una evaluación integral que incluye la revisión del historial médico, la evaluación de síntomas y la identificación de las necesidades emocionales de los pacientes. Brindan apoyo emocional y se esfuerzan por establecer una relación de confianza, ya que el diagnóstico de cáncer puede ser emocionalmente abrumador.

Educación y empoderamiento: Los enfermeros desempeñan un papel crucial en la educación de los pacientes sobre su enfermedad, opciones de tratamiento y cuidado propio. Explican los efectos secundarios posibles de los tratamientos, las estrategias para manejarlos y cómo mantener un estilo de vida saludable durante y después del tratamiento. Esta educación empodera a los pacientes y sus familias para tomar decisiones informadas sobre su atención.

Coordinación de cuidados: En la consulta oncológica, los pacientes a menudo requieren una variedad de servicios médicos y terapéuticos, desde quimioterapia y radioterapia hasta cirugía y terapias complementarias. Los enfermeros juegan un papel importante en la coordinación de estos cuidados, asegurando que los pacientes reciban el tratamiento adecuado y que sus necesidades se aborden de manera oportuna.

Administración de tratamientos: Los enfermeros pueden estar involucrados en la administración de tratamientos, como la quimioterapia o la inmunoterapia. Esto implica la preparación de medicamentos, la monitorización de los pacientes durante los tratamientos y la gestión de los efectos secundarios. La seguridad y el bienestar del paciente son de suma importancia en este aspecto de su trabajo.

Apoyo a familias: No solo los pacientes enfrentan el impacto del cáncer, sino que sus familias también necesitan apoyo. Los enfermeros brindan orientación y recursos a las familias para ayudarles a entender y manejar la situación, así como para cuidar de sí mismos mientras apoyan al paciente.

Gestión de síntomas y efectos secundarios: Los enfermeros están capacitados para evaluar y manejar los síntomas y efectos secundarios asociados con el cáncer y su tratamiento. Pueden proporcionar alivio del dolor, gestionar las náuseas, asesorar sobre la nutrición adecuada y abordar problemas de la piel y la fatiga, entre otros.

El enfermero desempeña un papel integral en la consulta oncológica hospitalaria al brindar apoyo emocional, educación, coordinación de cuidados y atención

médica directa a los pacientes con cáncer. Su enfoque compasivo y su dedicación son fundamentales para ayudar a los pacientes a enfrentar y sobrellevar el desafío del cáncer, promoviendo una mejor calidad de vida y bienestar durante su tratamiento y recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento de la consulta oncológica hospitalaria, 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 su enfermedad, opciones de tratamiento y cuidado personal contribuye a una relación paciente-enfermero sólida y a la confianza del paciente en la atención médica. Además, fomentar un ambiente 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 equipo médico, incluyendo oncólogos, cirujanos, psicólogos y trabajadores sociales, asegura una atención integral y personalizada. 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 oncológica hospitalaria, 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 ENFERMERIA 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 120

TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR HOSPITALARIA

DAVID MARTINEZ GÓMEZ

ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ

CARMEN SILLER ZAMORA

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

LORENA CANO LOPEZ

1 Introducción

La consulta de cirugía menor hospitalaria es un servicio médico especializado que se lleva a cabo dentro de un hospital o centro de salud y se dedica a la evaluación, diagnóstico, tratamiento y procedimientos quirúrgicos de afecciones médicas que requieren intervenciones mínimas o no complicadas. Este tipo de consulta se enfoca en tratar problemas médicos que no son de alta complejidad y que pueden resolverse de manera ambulatoria, sin necesidad de una hospitalización prolongada.

En la consulta de cirugía menor, los pacientes son evaluados por cirujanos especializados en procedimientos quirúrgicos de menor envergadura, como la extirpación de lunares, quistes sebáceos, lipomas, entre otros. Estos procedimientos

se realizan generalmente bajo anestesia local y en un ambiente ambulatorio, lo que permite a los pacientes regresar a casa el mismo día de la cirugía.

Además de llevar a cabo las intervenciones quirúrgicas, los cirujanos también realizan evaluaciones preoperatorias, explican el procedimiento a los pacientes y proporcionan recomendaciones postoperatorias para el cuidado de la herida y la recuperación. La consulta de cirugía menor hospitalaria es esencial para ofrecer una atención médica accesible y eficiente para aquellos pacientes que requieren procedimientos quirúrgicos menores y, al mismo tiempo, evita la necesidad de una hospitalización innecesaria, lo que reduce costos y tiempos de recuperación.

2 Objetivos

Exponer las responsabilidades y funciones clave que desempeña un enfermero en consulta de cirugía menor 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

El trabajo del enfermero en la consulta de cirugía menor hospitalaria es crucial para garantizar un proceso de atención seguro y eficiente para los pacientes que requieren procedimientos quirúrgicos de menor envergadura. Aquí se describen las responsabilidades y funciones clave que desempeña un enfermero en este entorno especializado:

- Preparación preoperatoria:

Los enfermeros en la consulta de cirugía menor desempeñan un papel importante en la preparación de los pacientes antes de los procedimientos. Esto incluye verificar la identidad del paciente, explicar el procedimiento a realizar, obtener el consentimiento informado y responder a cualquier pregunta o inquietud que pueda tener el paciente.

- Asistencia durante el procedimiento:

Durante el procedimiento quirúrgico, los enfermeros pueden asistir al cirujano, proporcionando instrumentos y suministros estériles, asegurando que el campo quirúrgico esté adecuadamente preparado y ayudando en la administración de anestesia local si es necesario. También monitorizan constantemente al paciente para detectar signos de malestar o complicaciones.

- Manejo de equipos y esterilización: Los enfermeros son responsables de mantener la esterilidad en el área quirúrgica, asegurando que los instrumentos y equipos estén debidamente esterilizados y preparados para su uso. Esto es esencial para prevenir infecciones y garantizar la seguridad del paciente.

- Cuidado postoperatorio:

Después del procedimiento, los enfermeros brindan atención postoperatoria, supervisando de cerca al paciente mientras se recupera. Esto incluye el control de signos vitales, la gestión del dolor y la observación de posibles complicaciones. Los enfermeros también brindan instrucciones claras sobre el cuidado de la herida, los medicamentos y las citas de seguimiento.

- Comunicación con el paciente:

Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la comunicación con el paciente y sus familiares. Explican el proceso de recuperación, proporcionan apoyo emocional y están disponibles para responder preguntas y preocupaciones en todo momento.

- Documentación precisa:

Mantener registros precisos y detallados de cada procedimiento quirúrgico y de la condición del paciente es esencial. Los enfermeros documentan cuidadosamente la información sobre el procedimiento, los medicamentos administrados y cualquier cambio en la condición del paciente, lo que contribuye a una atención segura y una gestión efectiva de los expedientes médicos.

El enfermero en la consulta de cirugía menor hospitalaria desempeña un papel multidisciplinario y vital en el proceso quirúrgico, desde la preparación y asistencia durante el procedimiento hasta la atención postoperatoria y la comunicación con el paciente. Su enfoque en la seguridad del paciente, el cuidado compasivo y la coordinación efectiva es esencial para garantizar resultados exitosos y una experiencia positiva para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento de la consulta de cirugía menor hospitalaria, el enfermero puede implementar las siguientes recomendaciones:

En primer lugar, la atención centrada en el paciente es esencial. Escuchar atentamente las preocupaciones y preguntas de los pacientes, proporcionar explicaciones claras y brindar apoyo emocional contribuye a una experiencia positiva. La empatía y el trato compasivo son fundamentales para reducir la ansiedad del paciente y fomentar la confianza en el proceso quirúrgico.

En segundo lugar, la coordinación efectiva con el equipo médico es clave. Trabajar en estrecha colaboración con los cirujanos, anestesiólogos y otros profesionales de la salud garantiza un flujo de trabajo eficiente y una atención segura. La comunicación abierta y la sincronización de esfuerzos son esenciales para mantener altos estándares de seguridad y calidad en la consulta de cirugía menor hospitalaria.

Siguiendo estas recomendaciones, el enfermero puede desempeñar un papel crucial en brindar una atención de alta calidad, segura y centrada en el paciente en la consulta de cirugía menor. Esto no solo beneficia a los pacientes, sino que también contribuye al éxito general del servicio y al bienestar de quienes dependen de él.

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 121

TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE CIRUGÍA MAYOR

DAVID MARTINEZ GÓMEZ

ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ

CARMEN SILLER ZAMORA

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

LORENA CANO LOPEZ

1 Introducción

La cirugía mayor, también conocida como cirugía mayor programada o cirugía electiva, es un tipo de procedimiento quirúrgico que se realiza para tratar afecciones médicas graves o crónicas que no requieren atención inmediata. A diferencia de la cirugía de emergencia, que se realiza de manera urgente debido a una amenaza inminente para la vida, la cirugía mayor se planifica con anticipación y se lleva a cabo en un horario programado.

Los procedimientos de cirugía mayor pueden abordar una amplia variedad de afecciones, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, trastornos gastrointestinales, ortopédicos, urológicos y ginecológicos, entre otros. Estos procedimientos suelen ser más complejos y pueden requerir una hospitalización posterior a la cirugía para la recuperación del paciente.

El proceso de cirugía mayor implica una evaluación preoperatoria exhaustiva, que incluye pruebas diagnósticas y evaluación médica para garantizar que el paciente esté en las mejores condiciones posibles para la cirugía. Además, el equipo médico, que puede incluir cirujanos, anestesiólogos, enfermeros y otros profesionales de la salud, trabaja en conjunto para garantizar una atención segura y efectiva durante todo el procedimiento.

Requiere una planificación cuidadosa, evaluación preoperatoria y atención especializada para abordar eficazmente la afección del paciente y promover una recuperación exitosa.

2 Objetivos

Exponer las funciones que realiza el enfermero en la consulta de cirugía mayor.

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 enfermero en la consulta hospitalaria de cirugía mayor desempeña un papel fundamental en todo el proceso, desde la evaluación inicial del paciente hasta la atención postoperatoria.

Aquí se detallan las funciones clave que realiza:

- Evaluación preoperatoria: El enfermero realiza una evaluación exhaustiva del paciente antes de la cirugía. Esto implica revisar su historial médico, realizar exámenes físicos y coordinar pruebas de diagnóstico adicional según sea necesario. Esta evaluación ayuda a identificar cualquier factor de riesgo o preocupación que pueda influir en el procedimiento o la recuperación.
- Educación al paciente: Proporciona información detallada al paciente sobre el procedimiento quirúrgico, qué esperar antes, durante y después de la cirugía, y cualquier preparación específica que deba seguir, como ayuno o medicamentos.

La educación es esencial para que el paciente esté informado y se sienta cómodo con el proceso.

- Apoyo emocional: La cirugía mayor puede ser una experiencia emocionalmente desafiante para los pacientes. Los enfermeros brindan apoyo emocional, responden preguntas y ayudan a aliviar la ansiedad. También se mantienen atentos a cualquier signo de estrés emocional y trabajan en colaboración con otros profesionales de la salud para proporcionar apoyo adicional si es necesario.
- Coordinación de la atención: Los enfermeros juegan un papel clave en la coordinación de la atención del paciente antes y después de la cirugía. Esto implica asegurarse de que todos los resultados de pruebas estén disponibles, que los medicamentos estén administrados correctamente y que el paciente esté listo para el procedimiento. Después de la cirugía, supervisan la recuperación del paciente y se aseguran de que se cumplan todas las órdenes médicas.

Administración de medicamentos y anestesia: Los enfermeros pueden estar involucrados en la administración de medicamentos antes de la cirugía, incluyendo la anestesia. Esto requiere un control riguroso de las dosis y la monitorización constante de los signos vitales del paciente durante la cirugía.

- Prevención de infecciones: La prevención de infecciones es crítica en cualquier procedimiento quirúrgico. Los enfermeros se aseguran de que se sigan las prácticas de asepsia y esterilización adecuadas antes y durante la cirugía para minimizar el riesgo de infecciones postoperatorias.
- Seguridad del paciente: La seguridad del paciente es la prioridad número uno. Los enfermeros están entrenados para identificar y responder a cualquier complicación potencial durante la cirugía, y están preparados para tomar medidas inmediatas si surge un problema.
- Documentación precisa: Mantener registros precisos y detallados de toda la atención brindada es esencial para la seguridad del paciente y la continuidad de la atención. Los enfermeros documentan cuidadosamente cada paso del proceso, desde la evaluación inicial hasta la recuperación postoperatoria.

El enfermero en la consulta hospitalaria de cirugía mayor juega un papel crítico en la atención integral y segura de los pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos importantes. Su compromiso con la evaluación, la educación, el apoyo emocional y la coordinación de la atención es esencial para asegurar que los pacientes reciban la mejor atención posible y tengan una recuperación exi-

tosa.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento de la consulta de cirugía mayor, el enfermero puede implementar las siguientes recomendaciones:

En primer lugar, la comunicación efectiva es esencial. Mantener una comunicación clara y abierta con el paciente y su familia desde el momento de la evaluación hasta la recuperación postoperatoria ayuda a reducir la ansiedad y garantiza que estén informados y cómodos con el proceso. La empatía y la escucha activa son clave para brindar apoyo emocional.

En segundo lugar, la coordinación interdisciplinaria es fundamental. Trabajar en estrecha colaboración con cirujanos, anestesiólogos, farmacéuticos y otros miembros del equipo de atención médica garantiza una atención segura y eficiente.

La sincronización de esfuerzos y la revisión constante de los protocolos y procedimientos contribuyen al éxito general de la consulta de cirugía mayor, mejorando la experiencia del paciente y su recuperación.

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 122

EL FISIOTERAPEUTA APLICANDO EL MÉTODO PILATES EN MUJERES QUE HAN SUPERADO EL CÁNCER DE MAMA

MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO

1 Introducción

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en mujeres a nivel mundial y se encuentra entre las primeras causas de muerte. Se diagnostica en mujeres alrededor de 40 años, se estima que 1 de cada 7 mujeres padecerá cáncer de mama. Según los niveles de extensión, la UICC clasifica el cáncer de mama en 4 estadios:

Estadio I: tumores pequeños, sin afectación metastásica de la axila.

Estadio II: tumores de más de 2 cm o con afectación metastásica de la axila moderada.

Estadio III: tumores muy grandes o con afectación de piel o músculo pectoral o afectación axilar masiva.

Estadio IV: metástasis en órganos distantes (hueso, pulmón, hígado...).

El pronóstico de estos estadios es muy diferente, con supervivencias aproximadas a 5 años de 95%(estadio I), 80% (estadio II), 60% (estadio III) y 25% (estadio IV).

Las secuelas que la enfermedad producen a la paciente son una disminución de la capacidad funcional, disminución del rango de movimiento del hombro, linfedema, falta de fuerza, fatiga y dolor son las principales manifestaciones clínicas que causan esta patología.

El Método Pilates (MP) es un sistema de entrenamiento físico y mental que consiste en realizar una serie de movimientos controlados a la vez que se acompaña con la respiración. Este método utiliza 6 principios básicos como son la respiración, la concentración, el control, la precisión, la centralización y la fluidez del movimiento proporcionando diferentes intensidades dependiendo de la paciente.

2 Objetivos

Analizar la eficacia del método pilates en mujeres que hayan superado el cáncer de mama.

Analizar los parámetros de las consecuencias de sufrir cáncer de mama.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos científicos en las siguientes bases de datos: Pubmed, SCOPUS, Web of Science, Cochrane y PEDro. La búsqueda no utilizó filtros de estudio y se utilizaron los términos "breast cancer", "breast neoplasms", "pilates".

4 Resultados

Se ha demostrado que la actividad física regular no sólo aporta beneficios desde el punto de vista físico, sino también psíquico y social ayudando así a mejorar la salud mental, la calidad de vida y el bienestar, previniendo estados depresivos, y mejorando la imagen corporal y la autoestima.

En todos los estudios, se observó una mejora estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en los parámetros de medición debido al Método pilates.

Los parámetros que más se evaluaron fueron: rango de movimiento (ROM), funcionalidad de las extremidades superiores, fuerza de agarre, calidad de vida, dolor y depresión.

Respecto a los parámetros físicos;

- ROM se utilizó un goniómetro para hacer las mediciones y se observó que y los resultados de todos ellos fueron estadísticamente significativos.
- Funcionalidad del miembro superior utilizó la escala DASH en todos los artículos que medían esta variable, proporcionando efectos beneficiosos al final del

tratamiento.

- Fuerza de agarre se utilizó un dinamómetro, proporcionando una mejora significativa en el grupo intervención en comparación con el grupo control.

Respecto a los parámetros subjetivos;

- Calidad de vida se utilizó la escala EORTC QLQ-C30 y el EORTC QLQ-BR23 y en todos se observaron mejoras significativas.

- El dolor disminuyó en todos los artículos utilizando el método pilates como ejercicio terapéutico.

- La depresión se evaluó mediante la escala BDI y no hubo diferencias significativas entre el grupo control y el grupo intervención, aunque ambos grupos mejoraron en sus puntuaciones.

Respecto a otras variables utilizadas en varios artículos como son el estado de ánimo, la autoestima o la ansiedad se observó efectos positivos significativamente aplicando el método pilates como ejercicio terapéutico.

Los objetivos del método pilates son mejorar la funcionalidad, mejorar el rendimiento en las actividades de la vida diaria, disminuir la fatiga y mejorar la calidad de vida de las pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos en el presente trabajo que han sido analizados indican que el método pilates es efectivo en pacientes que han superado el cáncer de mama, obteniendo efectos beneficiosos sobre el ROM, funcionalidad de las extremidades superiores, fuerza de agarre, calidad de vida, dolor y depresión de los pacientes que han sobrevivido al cáncer de mama.

Con estos datos, podemos afirmar que existe evidencia científica sobre la efectividad del método pilates como estrategia de rehabilitación física para mujeres que habían padecido cáncer de mama.

Para concluir, podemos corroborar que el método pilates es efectivo para mejorar la calidad de vida de la paciente, siendo una modalidad factible durante su proceso patológico.

6 Bibliografía

1. Wells C, Kolt GS, Bialocerkowski A. Defining Pilates exercise: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*. 2012; 20:253–262.
2. Di Lorenzo CE. Pilates: What Is It? Should It Be Used in Rehabilitation? *Sports Physical Therapy*. 2011; 3(4): 352-361.

3. Stan DL, Collins NM, Olsen MM, Croghan I, Pruthi S. The Evolution of Mindfulness-Based Physical Interventions in Breast Cancer Survivors. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2012; 2012(758641), 15 pages

Capítulo 123

”PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS: EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN FAMILIAR Y COMUNITARIA”

JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS

AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ

ELENA MOYA CRESPO

MARINA RODRIGUEZ LUNA

ANA DÍAZ CABALLERO

1 Introducción

La atención sanitaria es una parte esencial de la vida humana, su calidad y accesibilidad tienen un impacto directo en el bienestar individual y colectivo. En este contexto, la promoción de la salud y la prevención de la hospitalización son elementos importantes de los sistemas de salud modernos. La enfermería, como profesión sanitaria situada en el centro de la atención al paciente, juega un papel fundamental en la consecución de estos objetivos.

La enfermería especialista en familiar y comunitaria se caracteriza por un enfoque integral de la atención a individuos, familias y comunidades. Este enfoque

da como resultado una atención que se centra en la prevención, la promoción de estilos de vida saludables y el tratamiento de enfermedades crónicas, con especial énfasis en la atención primaria. Los profesionales de enfermería en este campo trabajan en estrecha colaboración con los pacientes y la comunidad para identificar factores de riesgo, brindar educación sanitaria, fomentar la toma de decisiones informadas y realizar un apoyo continuo.

La importancia de la enfermería en salud familiar y comunitaria radica en su capacidad para abordar las necesidades de salud en un contexto más amplio, considerando no solo la atención clínica sino también los determinantes sociales y ambientales que determinan la salud. Esta perspectiva global permite la implementación de estrategias eficaces de promoción de la salud y prevención de enfermedades que, en última instancia, pueden reducir la carga de enfermedad, mejorar la calidad de vida de las personas y reducir la presión sobre el sistema de salud, especialmente reduciendo los ingresos hospitalarios innecesarios.

El objetivo de este trabajo es explorar en detalle el importante papel de la enfermería especializada en familiar y comunitaria en la promoción de la salud y la prevención de la hospitalización. Para lograr este objetivo, se realizará un análisis exhaustivo de la literatura científica actual, evaluando la efectividad de las intervenciones de enfermería y proporcionando recomendaciones basadas en evidencia.

2 Objetivos

- Analizar el papel de la enfermera especializada en salud familiar y comunitaria en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería para reducir las tasas de hospitalización, centrándose en poblaciones específicas y condiciones crónicas.
- Desarrollar recomendaciones basadas en evidencia para mejorar la contribución de las enfermeras de salud familiar y comunitaria a la promoción de la salud y la prevención de la hospitalización.

3 Metodología

Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible en el campo especializado de la enfermería en salud familiar y comunitaria y su impacto en la promoción de la salud y la prevención del ingreso hospitalarios. Se llevó a cabo de la siguiente manera:

-Buscar y seleccionar fuentes:

Se realizó una búsqueda sistemática de literatura en bases de datos académicas acreditadas, como PubMed, CINAHL y Scopus, utilizando términos clave como “enfermería especializada”, “familia y comunidad de salud”, “promoción de la salud” y “prevención de hospitalización”.

-Criterios de inclusión y exclusión:

Se establecieron criterios de selección para seleccionar estudios relevantes, incluidos estudios publicados en revistas científicas revisadas por pares, escritos en español o inglés, y publicados antes de la fecha límite del estudio, salvo septiembre de 2023.

4 Resultados

La enfermería especialista en familiar y comunitaria juega un papel importante en la promoción de la salud y la prevención de la hospitalización. Los resultados de múltiples estudios y de la práctica clínica cotidiana confirman la eficacia de este principio para mejorar los resultados de salud y reducir la carga sobre los sistemas de salud(1).

Uno de los aspectos más notables de la enfermería de salud familiar y comunitaria es su énfasis en los cuidados preventivos. Los profesionales de enfermería trabajan en estrecha colaboración con las comunidades para identificar factores de riesgo y diseñar intervenciones adaptadas a las necesidades locales. En el campo de la prevención de enfermedades crónicas, las enfermeras especialistas realizan campañas de concienciación sobre la importancia de la actividad física y una dieta equilibrada, contribuyendo así a reducir la incidencia de padecer enfermedades como la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares(2). Además, las enfermeras especialistas también realizan evaluaciones de salud integrales para familias y comunidades(3). Estas evaluaciones incluyen la identificación de posibles barreras para acceder a la atención médica, la evaluación de la seguridad del hogar y la identificación de factores de riesgo para la salud de la comunidad. Esta información se utiliza para desarrollar estrategias de intervención individualizadas para satisfacer las necesidades específicas de cada individuo y comunidad.

La educación sanitaria es otro ámbito en el que las enfermeras especialistas desempeñan un papel importante. Los profesionales de enfermería brindan información y recursos a los pacientes y sus familias sobre una variedad de temas, desde la prevención de enfermedades hasta el manejo de enfermedades crónicas. Esta educación fomenta la toma de decisiones informadas y capacita a las

personas para cuidar activamente de su salud y la de sus familias.

Hay que mencionar el rol en atención domiciliaria, las enfermeras brindan atención continua a pacientes con enfermedades crónicas, lo que reduce la necesidad de hospitalización. Realizan evaluaciones de salud periódicas, ajustan los planes de atención según sea necesario y coordinan la atención con otros miembros del equipo de atención médica. Esta atención personalizada mantiene a los pacientes en un ambiente familiar y previene complicaciones que podrían conducir a la hospitalización(4).

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los resultados demuestran que la atención de enfermería especializada en salud familiar y comunitaria es esencial para promover la salud y prevenir hospitalizaciones innecesarias. Se ha demostrado que sus intervenciones en atención preventiva, educación sanitaria y atención domiciliaria mejoran los resultados de salud y la calidad de vida de las personas y las comunidades. Además, centrarse en los determinantes sociales y ambientales de la salud garantizará una atención integral que aborde las necesidades de manera integral. Estos hallazgos respaldan la importancia de fortalecer y ampliar el papel de la enfermería especializada en la atención sanitaria moderna.

La enfermería especializada en salud familiar y comunitaria nace como un componente valioso en la promoción de la salud y la prevención de ingresos hospitalarios. Los profesionales de enfermería en este campo tienen la capacidad de impactar positivamente en la salud de las poblaciones, brindando cuidados preventivos, educación y apoyo continuado. Para mejorar aún más su contribución, es esencial seguir desarrollando y promoviendo prácticas basadas en evidencia y colaboraciones interdisciplinarias en el ámbito de la atención sanitaria comunitaria

6 Bibliografía

- 1.Rogers A. Promoting health and wellbeing across community nursing teams: role of the specialist practitioner district nurse. Br J Community Nurs [Internet]. 2021 [citado el 27 de septiembre de 2023];26(5):224–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33939468/>
- 2.McFarland A, MacDonald E. Role of the nurse in identifying and addressing health inequalities. Nurs Stand [Internet]. 2019 [citado el 27 de septiembre de 2023];34(4):37–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31468936/>

3. Marcus-Varwijk AE, Peters LL, Visscher TLS, Smits CHM, Ranchor AV, Slaets JPJ. Impact of a nurse-led health promotion intervention in an aging population: Results from a quasi-experimental study on the “Community Health Consultation Offices for seniors”. *J Aging Health* [Internet]. 2020 [citado el 27 de septiembre de 2023];32(1–2):83–94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30326768/>
4. Li J, Yang F, Wang J, Tao Y. Effect of community-based nurse-led support intervention in the reduction of HbA1c levels. *Public Health Nurs* [Internet]. 2022 [citado el 27 de septiembre de 2023];39(6):1318–33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36029098/>
5. Dellafiore F, Caruso R, Cossu M, Russo S, Baroni I, Barelllo S, et al. The state of the evidence about the family and community nurse: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citado el 27 de septiembre de 2023];19(7):4382. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35410065/>

Capítulo 124

ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CONSUMIDOR DE COCAÍNA

BARTOLOME MALAGON AYLLON

BLANCA SÁEZ CASTILLO

SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

ESTHER CUESTA NAVARRO

1 Introducción

La OMS en 1982 definió Droga de Abuso como aquella de uso no médico con efectos psicoactivos y susceptible de ser autoadministrada.

Se observa que a partir de los años setenta hubo una expansión que aún hoy en día no ha cesado. Aquí en España la cocaína es después de los derivados del cannabis la segunda droga ilegal más consumida.

Puede usarse en diferentes formas: hojas de coca, pasta de coca, clorhidrato de cocaína, cocaína, freebase y crack. Y la vía de consumo va a ser mediante inyección endovenosa, fumada, esnifada, siendo esta última vía la más utilizada.

La cocaína es un estimulante muy potente del sistema nervioso central, y también una de las drogas más peligrosas y adictivas. Debido a la estimulación que provoca va a aparecer euforia, excitación, locuacidad, sensación de gran fuerza física y agudeza mental, se va a ver acompañado de manifestaciones en distintos sistemas y aparatos, como por ejemplo en el sistema nervio simpático y aparato

cardiovascular va a ver vasoconstricción, aumento de la presión arterial y frecuencia cardíaca, midriasis, sudoración y temblor.

La cocaína es una droga que debido a sus efectos sobre la conducta tiene mayor capacidad de recompensa o refuerzo positivo. Posee una alta potencia de abuso independientemente de la vía de administración. Aunque parezca que la cocaína se consume de forma inocua o recreativa, los cambios en el SNC producidos de forma acumulada más el refuerzo positivo pueden convertir su uso esporádico en uso compulsivo, con lo cual genera un alto potencial de abuso.

Hay situaciones que conlleva a un mayor riesgo como puede ser la adolescencia, el embarazo, el policonsumo, etc.

2 Objetivos

- Vincular las actividades asistenciales, con las de prevención y promoción de la salud que realiza enfermería, dentro de la atención integral a los pacientes con drogodependencias.
- Revisar y actualizar la historia clínica de cada paciente.
- Estandarizar las intervenciones, registros y técnicas que tenemos que llevar a cabo con este tipo de pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen diferentes protocolos para trabajar con estos pacientes que van a depender de cada comunidad autónoma, lo que se deduce que su centro de referencia va a ser el más próximo a su domicilio. En estos centros se llevará a cabo la desintoxicación, deshabituación, van a reducir los daños y tenemos que conseguir que sus condiciones de salud mejoren. En este proceso hay que integrarlos de nuevo en la sociedad con el apoyo de la familia.

Hay que tener una especial atención a los grupos más vulnerables, como son pacientes con patología dual, o con muchos años de consumo y poco motivados para cambiar la situación, drogodependientes que vivan en la calle o que tengan otra cultura o problemas con la justicia y así darles una respuesta lo más ajustada a lo que necesiten para conseguir el mayor logro posible.

El trabajo que se realiza con este tipo de pacientes se lleva a cabo mediante un equipo de profesionales que consta de médico, psicólogo, enfermero, trabajador social y terapeuta ocupacional. En este equipo enfermería va a desempeñar una serie de funciones como son:

*Obtención de muestras biológicas: a) orina, con ella realizamos del test de embarazado, test de detección de sustancias, tira reactiva. Nos sirve para saber si está embarazada o no, si sigue consumiendo drogas y la cantidad que consume. b) sangre, con ello sabemos el estado del paciente (función hepática, confirmamos si tiene o no enfermedades contagiosas), c) esputos, se utiliza para la tuberculosis, d) aire inspirado, nos sirve para el consumidor de alcohol.

*Toma de constantes vitales, FC, TA, Tª y SAT O2 todo esto se controla porque hay fármacos que van a alterar las constantes.

*Medidas antropométricas, talla, peso y el índice de masa corporal.

*Prueba de Mantoux, se realiza a todo paciente que vaya a ingresar en cualquier centro de desintoxicación y si hubiera infección se le pediría una radiografía de tórax.

Enfermería también llevará a cabo la administración de fármacos según lo pauté el médico, normalmente van todos los días a tomarse la medicación delante del personal de enfermería, pero varía cuando el paciente va progresando en la desintoxicación o deshabituación a la droga, habitualmente estos centros los fines de semana permanecen cerrados entonces un familiar responsable, tutor o dispositivo como caritas o albergues se hará cargo de administrar el tratamiento al paciente.

Todos los fármacos administrados quedarán registrados para llevar un control y ver el grado de adherencia.

Enfermería se encarga de la educación para la salud. A los pacientes tiene que darles información de los estilos de vida y conductas que deben abandonar o modificar, la información que le vamos a dar tiene que ser clara y adaptada a cada paciente. Cuando el paciente tome la decisión que quiere cambiar, nosotros estaremos allí para ayudarle, reforzar el cambio y fomentarlo. Realizaremos una orientación grupal e individual sobre la salud afectivo-sexual para prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y embarazos no deseados, se hablará del ejercicio y la dieta, de la importancia de la higiene y el sueño. Repartiremos de

manera gratuita preservativos para evitar o disminuir las relaciones sexuales de riesgo.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, con toda la información revisada y constatada llegamos a la conclusión que no existe en la actualidad un tratamiento eficaz para el abuso y dependencia a la cocaína. Se deberá actuar desde diferentes esferas. Junto con el tratamiento farmacológico debemos incluir el tratamiento psicoterapéutico y las relaciones sociales.

Estos pacientes tienen que estar muy motivados al cambio porque la cocaína produce una potente dependencia y también tendrán que saber que van a ver recaídas por eso deben aprender a solventarlo y pedir ayuda porque nuestro equipo va a estar con ellos apoyándolos.

Y por último y no menos importante va a ser el apoyo familiar.

6 Bibliografía

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

Capítulo 125

“NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA. EL PAPEL DE LA M-HEALTH EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.”

JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS

AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ

ELENA MOYA CRESPO

MARINA RODRIGUEZ LUNA

ANA DÍAZ CABALLERO

1 Introducción

Los continuos avances tecnológicos han redefinido la práctica sanitaria, especialmente en el campo de la enfermería. En el contexto de la transformación digital, la innovación tecnológica aparece como una herramienta para mejorar la salud y el bienestar de las personas. Entre estos avances destaca la tecnología móvil, que ha creado la m-health (salud móvil) como una disciplina emergente. m-Health representa la unión de tecnología móvil, aplicaciones especializadas y sistemas conectados, utilizados para optimizar la prestación de servicios médicos y especialmente la atención de enfermería.

La salud móvil constituye un modelo en la intersección de salud, información y tecnología, integrando dispositivos móviles, como teléfonos inteligentes y tablets,

para apoyar la gestión de la salud, de acuerdo con el seguimiento de las enfermedades crónicas, la promoción de hábitos saludables y la educación del paciente. Este estudio profundiza en el panorama de la salud móvil y su creciente influencia en la enfermería, examinando las muchas formas en que esta tecnología está remodelando la promoción de la salud.

El fundamento de este estudio surge de la necesidad actual de analizar exhaustivamente el impacto de la m-Salud en la enfermería y su potencial para mejorar la promoción de la salud. A medida que la atención sanitaria evoluciona desde un enfoque principalmente reactivo hacia una perspectiva proactiva de prevención y promoción de la salud, es necesario considerar vías a través de las cuales las nuevas tecnologías, puedan capacitar a los profesionales de enfermería para trabajar, exploraremos ejemplos de casos exitosos, desafíos y oportunidades que surgen en la interacción entre enfermería y m-Health, con el objetivo de contribuir al enriquecimiento nuestras habilidades, lo cual es importante en la atención médica moderna.

2 Objetivos

- Evaluar el impacto de las herramientas m-health en la mejora de la calidad de la atención de enfermería, mediante el análisis de indicadores clínicos y la satisfacción del paciente.
- Estudiar las barreras y desafíos asociados con la implementación efectiva de tecnologías móviles en la práctica de enfermería y recomendar estrategias para superarlas para maximizar su adopción y utilidad.
- Explorar el potencial de la educación sanitaria basada en aplicaciones móviles como herramienta para empoderar a los pacientes y animarlos a participar activamente en la gestión de su propia salud, identificando métodos y mejores recomendaciones para su implementación en el entorno de enfermería.

3 Metodología

La realización de este estudio se basó en un enfoque metodológico que incluyó una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible en el campo de la m-salud y su relación con los cuidados de enfermería. Para alcanzar los objetivos planteados se realizaron las siguientes etapas:

- Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura científica en múltiples fuentes de información. Esta búsqueda incluye bases de datos académicas acreditadas, incluidas Pubmed, Medline, Scielo y Google Scholar.

- Se utilizaron palabras clave relacionadas como “m-health”, “tecnología móvil en enfermería”, “aplicación de salud móvil”, “promoción de la salud”
- Se establecieron criterios de inclusión y exclusión para la selección de artículos, dándose preferencia a aquellos publicados en revistas académicas revisadas y escritos en español o inglés. Se incluyeron los estudios publicados antes de la fecha límite de búsqueda de septiembre de 2023.

4 Resultados

La revisión exhaustiva de la literatura reveló una variedad de hallazgos y tendencias relacionadas con el uso de m-Health en la promoción de la salud desde una perspectiva de enfermería. Los resultados se agrupan en las siguientes categorías temáticas:

1. Impacto positivo en la calidad de la atención de enfermería(1):

La mayoría de los estudios revisados enfatizaron el impacto positivo de la m-Health en la calidad de la atención de enfermería. Se observaron mejoras significativas en la gestión de la información de los pacientes, la comunicación entre los profesionales sanitarios y el seguimiento de las enfermedades crónicas. La disponibilidad de aplicaciones móviles ha permitido un seguimiento más preciso y en tiempo real de los datos de salud de los pacientes, lo que ha llevado a una toma de decisiones clínicas más informada y a una atención más personalizada.

2. Empoderar a los pacientes(2):

Los resultados también destacan el papel de la salud móvil a la hora de empoderar a los pacientes. Las aplicaciones de salud móviles han permitido a las personas acceder a información relevante sobre su salud, establecer objetivos de salud y participar activamente en la gestión de su salud. Se considera que esto fomenta un mayor cumplimiento de los tratamientos y una mayor conciencia de la importancia de los hábitos de vida saludables.

3. Desafíos de implementación:

Sin embargo, la revisión identificó desafíos importantes en la implementación efectiva de m-Health en enfermería. La falta de estándares de aplicación, los problemas de seguridad, la privacidad de los datos y la variabilidad en la adopción de tecnología móvil por parte de los profesionales de enfermería se han convertido en los principales obstáculos que deben superarse para maximizar los beneficios de esta tecnología.

4. Amplio campo de investigación(3):

Se destacó la necesidad de investigaciones futuras para explorar más a fondo la efectividad de las intervenciones basadas en -en la promoción de la salud, así

como desarrollar pautas específicas y mejores prácticas para integrar estas tecnologías en las prácticas de atención enfermera.

5 Discusión-Conclusión

En este estudio, se tuvo como objetivo conocer el impacto de la m-Health en la enfermería y su contribución a la promoción de la salud. Los resultados indican que mejora la calidad de la atención al respaldar la gestión de datos de los pacientes y la comunicación interprofesional. Además, empodera a los pacientes, brindándoles acceso a información de salud y animándolos a cuidarse activamente.

Sin embargo, se han identificado desafíos como el manejo en paciente con edad avanzada y la seguridad de los datos. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar las cuestiones regulatorias y de privacidad.

En resumen, la salud móvil se posiciona como una herramienta valiosa en enfermería para mejorar la calidad de la atención y promover la salud. A medida que avanzamos, abordar los desafíos actuales es esencial para aprovechar todo su potencial en la atención médica moderna.

6 Bibliografía

1. Diener J, Rayling S, Bezold J, Krell-Roesch J, Woll A, Wunsch K. Effectiveness and acceptability of e- and m-health interventions to promote physical activity and prevent falls in nursing homes—A systematic review. *Front Physiol* [Internet]. 2022 [citado el 27 de septiembre de 2023];13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35669573/>
2. Krafft J, Barisch-Fritz B, Krell-Roesch J, Trautwein S, Scharpf A, Woll A. A tablet-based app to support nursing home staff in delivering an Individualized Cognitive and Physical Exercise program for individuals with dementia: Mixed methods usability study. *JMIR Aging* [Internet]. 2023 [citado el 27 de septiembre de 2023];6:e46480. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37606974/>
3. Zhou S, Ni Z, Ogihara A, Wang X. Behavioral patterns of supply and demand sides of health services for the elderly in sustainable digital transformation: A mixed methods study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citado el 27 de septiembre de 2023];19(13):8221. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35805878/>
4. Ofosu EF, De Nys L, Connelly J, Ryde GC, Whittaker AC. A realist evaluation of the feasibility of a randomised controlled trial of a digital music and movement intervention for older people living in care homes. *BMC Geriatr* [Internet]. 2023

[citado el 27 de septiembre de 2023];23(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36879201/>

Capítulo 126

NEUMOPERITONEO EN PACIENTE CON EVENTRACIÓN GIGANTE

JULIA GARRIDO PÉREZ

BEATRIZ BEAMUD MOLINA

CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO

LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN

MARÍA MORA CORRAL

1 Introducción

La hernia incisional se trata del resultado de una mala cicatrización de una incisión de la pared abdominal en una intervención quirúrgica previa. En este caso, se trata de una eventración supraumbilical, saliendo el contenido a través de un orificio no natural sin pérdida de la solución de continuidad, por lo que el contenido abdominal está recubierto únicamente por el tejido celular subcutáneo y la piel.

Diferencia de hernia, eventración y evisceración : Cada concepto esta formado por distintas características. En el caso de la eventración es causada por un orificio no natural y con continuidad de la pared abdominal, sin embargo, en el caso de la hernia se produce una salida del contenido abdominal a través de un orificio natural sin pérdida de solución de continuidad como puede ser hernia inguinal o umbilical. Por otro lado, en cuanto la evisceración, se produce la salida de con-

tenido abdominal al exterior a través de un orificio no natural, requiriendo esta patología urgencia.

Diagnóstico: Para el diagnóstico se deben comprobar principalmente los antecedentes quirúrgicos para comprobar la existencia de un posible orificio no natural de cirugías anteriores. Se realizará un examen físico y diagnóstico diferencial de endometriosis, tumores musculares, lipomas, quistes sebáceos, entre otros. Finalmente, una tomografía computerizada (TAC) abdominal que confirme la eventración suprabdominal y no lesiones patológicas.

2 Objetivos

- Definir la patología de eventración diferenciándola de hernia y evisceración.
- Analizar el tratamiento neumoperitoneo preoperatorio progresivo y su posterior reparación quirúrgica en un paciente real.

3 Caso clínico

Mujer de 52 años que ingresa a la planta de cirugía general para intervención quirúrgica programada de eventroplastia con preparación (toxina botulínica y neumoperitoneo).

Entre sus antecedentes encontramos:

- Peso: 92,2kg Talla: 170cm Índice de Masa Corporal (IMC) (P/Tm^2): 31,9 Obesidad tipo I
- No alergias medicamentosas
- Síndrome depresivo
- Asma, Bronquitis. Patrón restrictivo moderado.
- Hipertensión arterial.
- Amigdalectomía
- Adenoidectomía
- 2 partos, Legrado obstétrico
- Colecistectomía laparoscópica
- Fumadora de 20 cigarrillos al día
- Bebedora de una cerveza o copa de vino diaria
- Fumadora de 20 cigarrillos al día y bebedora de una cerveza o copa de vino diaria
- Medicación de domicilio: Terbasmin, Atrovent, Seretibe, Enalapril, Escitalopram

En este caso el antecedente a destacar es la colecistectomía abdominal con herida quirúrgica, siendo este orificio no natural la causa de la eventración. Por otro lado se realizó un examen físico y una tomografía computerizada (TAC) abdominal, el cual confirmó el diagnóstico.

Diagnóstico clínico: Eventración en pared abdominal anterior con orificio de 59 x 79 mm y salida de asas de intestino y colon transverso.

Tratamiento: Se decide realizar un neumoperitoneo preoperatorio progresivo y su posterior reparación quirúrgica. Se realiza volumetría del saco herniario y de la cavidad peritoneal, obteniéndose unos volúmenes aproximados 2600cc y 3969cc respectivamente.

Un mes anterior al ingreso se le aplica 500cc toxina botulínica. A en la musculatura lateral del abdomen bajo control ecográfico, cuya finalidad relajar los músculos abdominales favoreciendo así al cierre quirúrgico.

Se ingresa a la paciente y mediante rayos intervencionistas se le coloca un catéter intraabdominal mediante el cual se introducirán 500cc de aire 10/11 días previos a la intervención quirúrgica. Tras cada introducción de aire, enfermería debía de limpiar, tapar el drenaje y controlar la presión intraabdominal con la sonda vesical. En el día a día, la paciente debe de llevar faja abdominal y realizar actividad libre por la planta, incluyendo sentarse al sillón y caminar por la unidad. Tras colocación de catéter la paciente será medicada con amoxicilina-clavulánico intravenosa con finalidad profiláctica.

Al séptimo día se realiza un TAC de control y se comprueba una transiluminación positiva en el saco timpanizado.

Al onceavo día tras la insuflación de 5,5L la paciente se interviene quirúrgicamente, procediéndose a realizar una eventroplastia con malla de polipropileno de 15x15 cm según técnica de Rives.

Se administra la premedicación y los cuidados antes de quirófano: Loracepam (1mg oral 8 horas antes), Omeprazol (20mg orales 8 horas antes) y mantener inhaladores y enalapril día de quirófano.

Tratamiento farmacológico : Principalmente analgésicos (Paracetamol y Metamizol Nolutil alternos), tratamiento anticoagulante (Enoxaparina inhiza 40mg/4000 ui jer 0,4ml), protección estomacal (Omeprazol gobens 20 mg capsulas), antibioterapia c/8h (Amoxicilina/ clavulánico 1G/200 mg vial).

Cuidados postquirúrgicos:

- Medicación habitual
- Retirada de grapas a los 10-12 días
- No esfuerzos en un mes
- Faja abdominal

- Analgesia habitual si dolor

4 Discusión-Conclusión

Tras la entrevista antes de la operación de la paciente, se observa que el problema principal de esta enfermedad es la invalidez de la persona a la hora de trabajar o hacer alguna actividad física que requiera mucho esfuerzo.

La operación ha cambiado la vida de la paciente, pasando de sentirse “como si estuviera embarazada durante 5 años” a poder tener un abdomen con las dimensiones normales pudiendo así realizar vida normal.

Hay que hacer hincapié en las indicaciones en cuanto al uso de faja o no esfuerzos en un mes, ya que un pequeño fallo podría desencadenar incluso la dehiscencia de la sutura y dar a lugar a otra nueva eventración.

En conclusión, la gran mayoría de las enfermedades físicas van acompañadas de malos hábitos adquiridos en los pacientes y otros problemas relacionados con la salud mental, por ello debemos enfocar la valoración del paciente de forma holística para poder tratar tanto lo físico como lo social y psíquico, lo cual es de gran importancia en el ser humano.

5 Bibliografía

1. Clínic Barcelona [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2023]. Hernia Incisional o Eventración | Hospital Clínic Barcelona. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/hernia-incisional-o-eventracion>
2. Guevara-Espejo JS, Abanto-Valencia MS, Nureña-Ramírez JE, Cruz JPVDL. Hernia incisional y pérdida de dominio con neumoperitoneo progresivo preoperatorio más separación de componentes. Un reporte de caso. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. 31 de marzo de 2022;15(1):130-4. Disponible en: <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/873>
3. López Sanclemente MC, Robres J, López Cano M, Barri J, Lozoya R, López S, et al. Neumoperitoneo preoperatorio progresivo en pacientes con hernias gigantes de la pared abdominal. Cir Esp. 1 de agosto de 2013;91(7):444-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-neumoperitoneo-preoperatorio-progresivo-pacientes-con-S0009739X12003181>

Capítulo 127

TERAPIA COMPRESIVA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

JULIA GARRIDO PÉREZ

BEATRIZ BEAMUD MOLINA

CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO

MARÍA MORA CORRAL

LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN

1 Introducción

La insuficiencia venosa crónica se trata de una alteración funcional del retorno venoso debido a una insuficiencia o incompetencia de las válvulas venosas. Esta puede ser con o sin obstrucción. Se calcula que entre el 25-50% de la población se encuentra afectada por esta patología. (1)

La circulación sanguínea es producida por el sistema valvular y bomba músculo-esquelética, por ello durante la marcha, al contraer los músculos, la sangre pasa desde el sistema venoso superficial al profundo. Sin embargo, en el caso de la insuficiencia venosa, parte de esta sangre vuelve al sistema superficial sobrecargando el volumen sanguíneo. (1)

La principal causa es la insuficiencia valvular de las venas superficiales, sin embargo, también puede ser ocasionada por una trombosis venosa profunda. Las secuelas de esta última causa se conocen como síndrome postrombótico. (1)

En cuanto a los principales factores de riesgo encontramos la inmovilidad, obesidad y comorbilidades. (2)

Existe una clasificación CEAP (clínica, etiología, anatomía y patofisiología) que comprende todas las alteraciones de la ICV. Podemos puntuar los distintos niveles del 0 (más leve) al 6 (más grave).

- C0: No hay signos visibles o palpables.
- C1: Telangiectasias, varices reticulares.
- C2: Varices tronculares.
- C3: Edema.
- C4: Cambios dérmicos.
- C5: Úlcera cicatrizada.
- C6: Úlcera activa.

2 Objetivos

- Instaurar la terapia compresiva en una paciente con insuficiencia venosa crónica.
- Analizar los distintos pasos para una realización correcta de la terapia compresiva.

3 Caso clínico

Mujer de 78 a la que se realiza una visita a domicilio debido a que tiene control de INR y análisis de sangre. Su marido, anteriormente, llama a la consulta solicitando una valoración por la formación de edemas y un aumento de peso considerable. La paciente refiere que no puede apenas moverse debido a los grandes edemas en ambos miembros inferiores, esto es debido a la insuficiencia venosa.

En este caso el síntoma a tratar era el edema, el cual se define como la hinchazón o aumento de volumen palpable que ocurre por un incremento del líquido intersticial. La forma de presentación será condicionada por su etiología, edad de la persona, velocidad de instauración, focalidad, signos y síntomas acompañantes, entre otras.

1. Antecedentes personales:

- TVP soleo gemelar en EEII.
- Obesidad mórbida.
- HTA.
- DLP.
- Angina de esfuerzo.
- Hipotiroidismo.
- Hespes zoster.
- Colecistectomía.
- Fibrilación auricular.

2. Alergias:

- Alergia IECAS y ARA II
- Anisakis

3. Tratamiento farmacológico y no farmacológico.

En cuanto al tratamiento farmacológico anterior encontramos:

- Tranxilium 5mg 1/24h.
- Coropres 25mg 2/24h.
- Sintrom 4mg 1/24h.
- Secalip supra 160mg 1/24h.
- Hidroferol 0,266mg 1/mes.
- Alerlisin 10mg 1/24h.
- Eutirox 75mcg 1/24h.
- Carduran neo 4mg 1/24h.
- Pantecta 20mg 1/24h.

Tras la valoración de la paciente, su médico le pauta un tratamiento farmacológico diurético, en este caso, 1 comprimido de seguril cada 24h, mantenimiento de estilos de vida saludables entre los que encontramos correcta alimentación unida a no consumo de hábitos tóxicos e inicio de la terapia compresiva.

Previamente, se realiza la valoración de la perfusión de los miembros inferiores mediante la toma de pulsos pedial y tibial, los cuales no son palpables debido al abundante edema, por lo que se decide realizar ITB.

Índice de tobillo-brazo (ITB): Se trata de la medición de la presión arterial del tobillo comparándola con la presión arterial del brazo. Un índice bajo podría indicar una obstrucción de las arterias de los miembros inferiores. Se realiza con manguito manual y doppler.

Primero se toma la tensión arterial en ambos brazos con el doopler y apuntamos la cifra de presión arterial sistólica más alta. Seguidamente, realizamos el mismo proceso en ambos miembros inferiores.

Una vez obtenemos ambos datos se divide la presión de cada miembro inferior entre la tensión arterial sistólica del brazo. Se considera normal un resultado del ITB entre 0,91 y 1,3.

El ITB se correlaciona indirectamente con el riesgo cardiovascular y la severidad de la enfermedad vascular, de forma que a menor ITB, mayor riesgo y mayor severidad de las lesiones.

Tras 4 semanas con terapia compresiva y diuréticos, la paciente tenía el MID con un ligero edema y el MII con ausencia de edema, sin embargo, rechazó continuar con las medidas establecidas debido a la incomodidad de los vendajes.

Continuó con el diurético y los edemas se redujeron, sin embargo, a no aplicar compresión se seguirán produciendo debido a la insuficiencia venosa crónica.

4 Discusión-Conclusión

Un correcto uso de la terapia compresiva en casos de insuficiencia venosa crónica es de gran utilidad tanto para el tratamiento como la prevención de edemas.

Además, se debe insistir en una rutina de hábitos saludables, incluyendo dieta equilibrada y ejercicio diario.

5 Bibliografía

1. Vista de Insuficiencia venosa crónica y los cambios estructurales en las paredes de las venas | Revista Medica Sinergia [Internet]. [citado 4 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/172/430>
2. Castillo De La Cadena LA. Insuficiencia venosa crónica en el adulto mayor. Revista Medica Herediana. abril de 2022;33(2):145-54.
3. Diouri M, Bueno MB. Edema en atención primaria. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 1 de noviembre de 2020;27(9):432-41.

Capítulo 128

UTILIZACIÓN DE MEDIOS COMPRESIVOS POR ENFERMERÍA EN ÚLCERAS VENOSAS.

LAURA VARGAS BEAMUD

CELIA ARROYO MOLINA

ALBA LÓPEZ MARTIN

NATALIA AMATE ESCABIAS

BLANCA HERRERO ALCAIDE

1 Introducción

Se puede decir que las úlceras venosas son más frecuentes que las úlceras arteriales, y son consideradas dentro del conjunto de heridas crónicas.

Las úlceras venosas se trata de pérdida de sustancia y producidas por la Insuficiencia venosa crónica. Su camino es complicado y es necesario combinar múltiples métodos de tratamiento para lograr el objetivo de curar y evitar la recurrencia tanto como sea posible. La terapia de compresión se considera la terapia estrella y fundamental para este tipo de heridas, ofreciendo grandes beneficios durante su desarrollo. Aunque no en todas las ocasiones el paciente es presentado para tal técnica, hay que valorar también al paciente en conjunto, su edad, su condición física y psicológica y por supuesto su estado de salud.

Se desconoce la causa exacta de las úlceras venosas, pero se cree que las úlceras venosas se desarrollan cuando la disfunción de la válvula venosa conduce a un aumento de la presión en las venas. En ausencia de enfermedad, debe haber un gradiente de presión entre las arterias y las venas para que el corazón lata con eficacia. Cuando ocurre hipertensión venosa, la presión en las arterias ya no es más alta que en estas arterias y el flujo de sangre se ralentiza o se detiene.

2 Objetivos

Describir que tipo de técnicas o cuidados puede realizar el profesional de enfermería en paciente con úlceras venosas en cuanto a técnicas compresivas.

3 Metodología

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

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

Palabras clave: Úlcera, cuidado, compresión, enfermedad.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos podido incluir artículos los cuales nos indican que beneficios puede aportar las técnicas compresivas en una úlcera venosa.

- Enfermería deberá conocer todo el material y técnicas en medios de compresión que puede utilizar en una úlcera venosa. También si el paciente puede ser susceptible a este tratamiento o no. Las contraindicaciones para la terapia de compresión son insuficiencia arterial significativa e insuficiencia cardíaca congestiva no compensada.
- Enfermería considera el "Gold estándar" del tratamiento; sus objetivos son reducir el edema y el dolor, y mejorar el retorno venoso y la cicatrización al método de compresión en úlceras venosas. Es útil tanto en la curación de úlceras activas como en la prevención de recurrencias.

La enfermera podrá utilizar los diferentes sistemas de compresión de varios componentes que constan de varias capas, son más efectivos que los sistemas de un

solo componente, y los sistemas elásticos son más efectivos que los sistemas no elásticos. Pero también tendrá en cuenta las barreras para su uso, incluyen el drenaje de la herida, el dolor y la dificultad con la colocación, el deterioro físico (debilidad, obesidad, rango de movimiento reducido) y deformidades en las piernas (que hacen que el material presurizado se deslice o se arrugue de la extremidad).

- La enfermera también podrá utilizar en úlceras venosas vendajes elásticos, los cuales tienen como beneficio que se ajustan más al tamaño y forma de la extremidad donde se debe colocar, mantendrá la misma compresión durante el reposo y la marcha del paciente.
- Existe una fuerte evidencia a favor del uso de múltiples capas elásticas frente a capas únicas, ya que aumentan la velocidad de cicatrización.
- También podrá hacer uso enfermería de un tipo de vendas, más comúnmente las botas de Unna impregnadas con óxido de zinc, brindan alta compresión solo durante la deambulaci3n y la contracci3n muscular.

5 Discusi3n-Conclusi3n

Es importante conocer qu3 tipo de 3lcera presenta el paciente antes de colocar un medio de compresi3n en donde se encuentra esta 3lcera. Para ello, enfermer3a deber3 evaluar al paciente en conjunto no solo la 3lcera y comprobar3 que se trata de una venosa, no arterial.

El tipo de compresi3n puede ser dependiendo de lo que busque el profesional de enfermer3a en esa 3lcera venosa, por ello se puede colocar un vendaje el3stico o no el3stico, en funci3n tambi3n del tipo de paciente al que se le va a administrar. Se ha podido observar que la compresi3n en una 3lcera venosa es muy beneficioso para la disminuci3n del dolor, edema y por supuesto la mejor3a de esta.

6 Bibliograf3a

- Chi YW, Raffetto JD. Venous leg ulceration pathophysiology and evidence based treatment. Vasc Med (United Kingdom). 2015;20(2):168–81.
- Comerota A, Lurie F. Pathogenesis of venous ulcer. Semin Vasc Surg [Internet]. 2015;28(1):6–14.

Capítulo 129

CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD

ENRIQUE GONZÁLEZ PEREZ OLIVARES

PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA

ELISABETH LEÑADOR PÉREZ

MARIO SANCHEZ NAVIO

1 Introducción

El espacio intracraneal está ocupado por el cerebro, por el líquido cefalorraquídeo y por sangre. Cualquier patología o lesión neurológica puede comprometer el balance de estos elementos y poner en riesgo la vida de las personas.

El líquido cefalorraquídeo (LCR) se encuentra en el sistema nervioso en una cantidad de 150 ml y se produce y reabsorbe a una velocidad de 20ml/h, por ello cualquier lesión que produzca un desajuste como puede ser la hidrocefalia o la hipertensión intracraneal requerirán de la colocación de un drenaje ventricular externo (DVE) cuyo objetivo es mantener el equilibrio en el sistema nervioso eliminando el exceso de LCR.

Este DVE se coloca mediante un procedimiento quirúrgico y consta de dos partes. La primera parte es el catéter intraventricular y la segunda parte es el sistema de recolección de líquido en el que se encuentra una llave de tres pasos para monitorizar la presión intracraneal (PIC) gracias a un transductor, un tapón que

permite la extracción de LCR, clamps para cerrar el sistema de drenaje y una bolsa colectora.

Los pacientes que tengan este DVE requerirán de una estricta vigilancia neurológica y monitorización, así como de cuidados de la herida quirúrgica y punto de inserción del catéter para evitar complicaciones infecciosas.

2 Objetivos

1. Dar a conocer los cuidados y manejo por parte del personal de enfermería en el paciente con drenaje ventricular externo.
2. Identificar las posibles complicaciones que pueden aparecer en pacientes neurocríticos portadores de drenaje ventricular externo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 DVE es un acceso intracraneal con diferentes finalidades según la patología que presente el paciente:

- Por un lado, nos permitirá monitorizar la PIC y está junto con la presión arterial media (PAM) nos permitirá conocer la presión de perfusión cerebral (PPC), cuyos valores no deben encontrarse por debajo de los 60mmHg.
- Por otro lado, permitirá la eliminación del LCR que se encuentre en exceso.
- Por último, nos permitirá administrar medicación intratecal.

Para el manejo de este tipo de paciente debemos tener en cuenta una serie de medidas:

- Monitorización y vigilancia neurológica.
- El paciente debe encontrarse en posición de decúbito supino, con la cabeza alineada, evitando movimientos laterales y con el cabecero elevado unos 25°-30°, salvo contraindicación facultativa.

- Debemos colocar el receptáculo del drenaje en una regleta vertical cuyo número 0 debe estar situado a la altura del agujero de Monroe, o lo que es lo mismo, a la altura del conducto auditivo externo (CAE). El receptáculo lo colocaremos según indicación médica (a 10 cm del CAE, a 15 cm del CAE, ...) Para la monitorización de la PIC y la PPC, el transductor debe encontrarse también a la altura del CAE.
- Siempre que se movilice al paciente se debe cerrar el drenaje por la llave de tres pasos más cercana al paciente y evitar que sea por un tiempo mayor a los 30 minutos.
- Vigilar el apósito y punto de inserción y realizar cura diaria. Dejar siempre apósito o vendaje oclusivo.
- Comprobar permeabilidad del sistema y en caso de obstrucción, deterioro o rotura del catéter se debe avisar al médico responsable.

A la hora de valorar el LCR drenado por el paciente tenemos que tener en cuenta :

- Color: Normalmente claro transparente. Si lo encontramos amarillo es signo de infección y si lo encontramos rojo es signo de hemorragia. Debemos anotar y avisar si existen cambios en la coloración durante el tiempo de ingreso del paciente.
- Volumen de drenado tanto horario como acumulado, avisando si es mayor de 20ml/h.
- Siempre que se necesite obtener una muestra de LCR, se pinzará el drenaje media hora antes de la extracción y se realizará de forma estéril y por la luz más cercana al paciente, intentando extraer la mínima cantidad necesaria y de forma lenta para evitar colapso ventricular.

En caso de necesitar administrar medicación por el DVE, se deberá realizar por la luz más cercana al paciente y de manera estéril, dejando siempre pinzado el sistema 1 hora tras la administración. Una vez transcurrido este tiempo, volver a valorar permeabilidad del sistema.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes neurocríticos portadores de drenaje ventricular externo 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. Hurtado Rubio V, Marcos Blasco L, Duarte alvero MD, Delgado Deza S, Catal´n Navarro I, Joven simón L. Cuidados de enfermería en el drenaje ventricular externo. (2021).
2. Orezano F, Cuidados de Enfermería en paciente postoperado de colocación de sistema de drenaje ventricular externa por hidrocefalia. (2018). <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2406>
3. Robles Sánchez, M., del Cotillo Fuente, M. Ángeles, Tabarés Rodríguez, M., De la Torre Calle, L., Sánchez Vallejo, A., Fernández García, D. Cuidados de enfermería a pacientes portadores de drenaje ventricular externo. TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD. 20171(3), 35-40.
4. . López-Amor L et al. Complicaciones infecciosas relacionadas con el drenaje ventricular externo. Incidencia y factores de riesgo . Rev Esp Quimioter 2017;30(5): 327-333

Capítulo 130

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD

ENRIQUE GONZÁLEZ PEREZ OLIVARES

PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA

MARIO SANCHEZ NAVIO

ELISABETH LEÑADOR PÉREZ

1 Introducción

La traqueostomía es una intervención que se realiza con frecuencia en el paciente crítico y que consiste en la apertura al exterior de la tráquea mediante un estoma en la pared y manteniéndola permeable gracias a la colocación de una cánula.

Se realiza con el objetivo de liberar la vía aérea en casos de obstrucción, infección, protección de vía aérea o en pacientes con ventilación mecánica prolongada.

En las unidades de cuidados críticos aporta beneficios frente a la intubación endotraqueal prolongada, estabilizando la vía aérea, aumento del confort del paciente y facilitación tanto de ingesta como del destete.

Existen dos técnicas para realizar la traqueostomía, que puede ser percutánea, permitiendo realizarla en el box, o quirúrgica teniendo que trasladar al paciente a quirófano.

Existen a su vez distintos tipos de cánulas:

- Cánulas de plástico si son temporales, o de metal o silicona si son permanentes.
- Cánulas con balón en caso de ventilación mecánica invasiva o riesgo de aspiración, cánula sin balón si la ventilación es espontánea o no existe ese riesgo de aspiración.
- Cánulas no fenestradas en caso de ventilación mecánica invasiva e imposibilidad para la fonación, o cánula fenestrada cuando ya la ventilación es espontánea, el paciente puede fonar y se quiere cerrar la traqueostomía.

Complicaciones de la traqueostomía:

- Complicaciones asociadas a la técnica: Lesión vascular, laceración traqueal, fístula traqueoesofágica, neumotórax, enfisema subcutáneo, etc.
- Complicaciones relacionadas con el cuidado deficiente del estoma y la cánula: úlceras por presión, celulitis, abscesos, etc.
- Complicaciones principales que pueden aparecer: Infecciones, abscesos, neumonías, decanulación accidental, etc.

2 Objetivos

1. Dar a conocer los cuidados y manejo por parte del personal de enfermería en el paciente traqueostomizado.
2. Identificar las posibles complicaciones que pueden aparecer en pacientes traqueostomizados.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos publicados entre los años 2017 y 2023 en bases de datos como: PubMed, Scielo y MedLine. Se han utilizado como palabras clave “paciente traqueostomizado”, “paciente intubado”, “cuidados de enfermería”.

4 Resultados

Los cuidados de enfermería en los pacientes traqueostomizados son muy importantes, ya que mejoran su calidad de vida y previenen complicaciones, garantizando así su seguridad. Estos pacientes suelen estar ingresados en unidades

de cuidados intensivos, y en plantas de hospitalización, aunque puede darse el caso de ser domiciliaria y tener que seguir unos cuidados especiales por personal preparado.

El papel de la enfermería consta de:

- Mantener la cánula limpia, así como la piel periestomal, babero, tiras de sujeción y cánula interior (camisa).
- Al respirar por una traqueostomía, el aire no es humidificado, filtrado o calentado y para ello se utilizan humidificadores que facilitan la movilización de secreciones para su posterior eliminación.
- Comprobar la presión del balón con el manómetro, unos 20-25 mmHg. Un exceso de presión puede lesionar la mucosa adyacente y provocar isquemias.
- Asegurar la correcta colocación de la cánula, ya que un desplazamiento de la misma puede dar lugar a complicaciones importantes y puede haber dificultades a la hora de reintroducir la cánula.
- Comprobar la permeabilidad de la cánula, normalmente se obstruyen debido a las secreciones, por lo que tendremos que mantener la cánula interior limpia y cambiarla en caso de que sea necesario.
- Aspirar secreciones en caso de ser necesario. Introducir la sonda sin succionar e ir retirándola poco a poco aspirando mientras se realizan rotaciones. Se deben reducir las aspiraciones a las necesarias, ya que pueden provocar lesiones en la mucosa.
- Cambio de cánula según el protocolo establecido, teniendo que ser este rápido y seguro porque puede irritar al paciente.
- Favorecer la comunicación con el paciente mediante el uso de libretas y bolígrafos. Una vez se encuentren con la cánula fenestrada y sin balón, el paciente podrá empezar a fonar sin problemas.
- Educar y ayudar al paciente a la hora de reintroducir los alimentos con el objetivo de evitar aspiraciones.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes críticos a los que se les ha realizado una traqueostomía 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. Méndez Pino, L. Domínguez García, M. Serrano Chaveco, R. Estrada González, I. Cuidados de enfermería en pacientes con traqueostomía ingresados en la unidad de cuidados intensivos. 2021.
2. Delgado Deza, S. Catalán Navarro, I. Joven Simón, L. Hurtado Rubio, V. Marcos Blasco, L. Duarte Alvero, B. Cuidados de enfermería al paciente intubado en UCI, artículo monográfico. Revista sanitaria de investigación. 2021; 2(8), 49.
3. Luna López P. et al. Cuidados de enfermería en pacientes con traqueotomía. Artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación. 2023; 4(5), 249.
4. Sánchez Gómez S, et al. Unidad de atención al paciente traqueostomizado. Una solución innovadora desde Otorrinolaringología con carácter transversal para el hospital. Acta Otorrinolaringológica Española. 2023; 74(3), 148-159.
5. López Ávila J.Y, et al. Mejora en el conocimiento y la ansiedad de los cuidadores del paciente con traqueostomía después de asesoría personalizada. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2017; 25(3):165-72.

Capítulo 131

LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE UN SÍNDROME FEBRIL EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN

PAULA PAGE PEREZ

IRENE PEÑALVER COLMENERO

YOANA ZARCO SORIANO

TAMARA MOLINA ESPEJO

PATRICIA HINAREJOS NAVARRO

1 Introducción

Una de las actuaciones más realizadas en las plantas de hospitalización de un centro sanitario es el control de la temperatura de los pacientes que se encuentran ingresados.

Esta actuación se debe realizar a todo paciente, independientemente de la localización en la que se encuentran, ya sea en las plantas de hospitalización como en la unidad de cuidados intensivos, bloque quirúrgico o servicio de urgencias.

El control de la temperatura se realiza al inicio de cada turno laboral, por lo que en condiciones normales del paciente se le tomará la temperatura en tres ocasiones. En aquellos casos en los que se sospeche un síndrome febril se tomará las ocasiones que sean necesarias.

Una temperatura adecuada se encuentra entre los intervalos de 0.5 por debajo y por encima de 36,8.

Se entiende el concepto de fiebre como la elevación de la temperatura corporal del paciente por encima de los 38 °C. Esta elevación de la temperatura está relacionada con una respuesta del cuerpo a las diferentes agresiones que recibe el organismo, estas agresiones pueden ser: inflamaciones, infecciones, tumores...

Por otro lado, el síndrome febril se entiende a la elevación de la temperatura con el acompañamiento de otros síntomas como pueden ser: escalofríos, cefalea, malestar general, taquicardia, tiritona, somnolencia...

2 Objetivos

- Definir los conceptos de fiebre y síndrome febril dentro del ámbito sanitario.
- Conocer la principal actuación realizada por el equipo de enfermería con el paciente en las plantas de hospitalización.
- Detallar las causas que puede determinar el síndrome febril en el paciente hospitalizado.
- Enumerar los tipos de fiebre a los cuales se enfrentan los equipos de enfermería.
- Detallar el tratamiento llevado a cabo por el equipo 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

Tipos de fiebre tratadas en las plantas de hospitalización.

Durante el desarrollo de actividad profesional, el equipo de enfermería podrá encontrar cuatro tipos de patrones de fiebre en los pacientes que se encuentran a su cargo.

1. Fiebre sostenida con variaciones de temperatura mínimas.
2. Fiebre intermitente. Este tipo de fiebre se encuentra frecuentemente en aquellos pacientes que presentan infecciones profundas o generalizadas.

3. Fiebre remitente. Es el tipo de fiebre que desciende diariamente, pero suele subir la temperatura al llegar la noche.

4. Fiebre recurrente. Alternando normalidad con episodios febriles.

Causas que pueden determinar un síndrome febril de los pacientes hospitalizados.

- Infecciones producidas por cualquier microorganismo: bacterias, hongos, virus, parásitos...
- Inmunodeficiencia adquirida o debido a trastornos inmunológicos.
- Heridas provocadas por traumatismos.
- Necrosis de zonas corporales.
- Procesos específicos inflamatorios.
- Procesos neoplásicos.
- Alteración aguda del metabolismo corporal.
- Administración y digestión de fármacos o drogas.
- Deshidratación, provocados por diarreas o vómitos.

Tratamiento.

La primera actuación de tratamiento llevada a cabo por el equipo de enfermería ante un síndrome febril en un paciente será:

- Retirar la ropa del paciente, dejando una sábana fina para mantener la intimidad del paciente. Si el paciente lleva su propio pijama, se le vestirá con un pijama de la institución sanitaria, puesto que son más ligeros.
- Proporcionar una temperatura templada en la habitación del paciente, para lo cual se abrirá ventanas y puertas que pueda crear cierta corriente. Es importante controlar las corrientes de aire frío, para evitar que el paciente coja frío.
- Hidratar adecuadamente al paciente con sueros fisiológicos para aquellos pacientes que tengan una dieta absoluta, y de abundante agua en aquellos pacientes que se les permita beber agua.
- Controlar los episodios de fiebre en periodos cortos de tiempo.

Para llevar a cabo estas actuaciones no se requiere indicaciones por parte del médico a cargo del paciente que presente un síndrome febril.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del equipo de enfermería ante un síndrome febril en las plantas de hospitalización” nos demuestra la actuación rutinaria del equipo de enfermería

para controlar los síndromes febriles en las plantas de hospitalización, realizando una actuación más especializada en aquellos pacientes que presenten fiebre. Es de vital importancia que el equipo de enfermería preste especial atención a aquellos pacientes que presenten un síndrome febril, observando los síntomas presentados para poder determinar las causas que han provocado dicho síndrome. En muy importante descubrir el origen de la fiebre presentado por el paciente para poder establecer un tratamiento adecuado.

6 Bibliografía

- Jiménez Murillo Luis, Montero Pérez Francisco Javier. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4a Ed. Barcelona: Elsevier; Síndrome febril sin foco en pacientes no inmunosuprimidos 2010.
- José Tomás Ramos Amador y Jesús Ruiz Contreras. Protocolos en pediatría. Fiebre sin foco.
- Soledad Acedo Gutiérrez, Paloma Novillo Fertrell, Mariana Portilla Botelho. Manual hospitalario 12 de octubre. Síndrome febril, Trastornos de la regulación de la temperatura.

Capítulo 132

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA INFANTIL

EMMA MARTÍN MAÑAS

1 Introducción

El cáncer ocurre cuando hay un crecimiento anormal, excesivo y descontrolado a nivel celular. La leucemia es un tipo de cáncer que se presenta en células que normalmente maduran y se convierten en diferentes tipos de células sanguíneas. La leucemia aguda es el tipo de leucemia que se presenta en la mayoría de los niños. Este tipo de leucemia progresa rápidamente y va a necesitar de tratamiento inmediato.

Entre las leucemias agudas podemos encontrar la leucemia mieloide aguda (que se inicia en las células mieloides) y la leucemia linfoblástica aguda. Esta última tiene su origen en los linfocitos, glóbulos blancos muy jóvenes, y es un tipo de leucemia que se presenta principalmente en la infancia.

En todos los tipos de cáncer, la transformación de células en células malignas está provocada por diversos factores. En la leucemia linfoblástica aguda (LLA), la transformación celular ocurre durante el desarrollo de la línea linfoide. Las células precursoras linfoides tienen fuertes capacidades de proliferación y reordenamiento genético, lo que facilitará la aparición de mutaciones y cambios, promoviendo así la transformación de células malignas.

Por su parte, los factores genéticos desempeñan un papel cada vez más importante en la etiología de las leucemias agudas. Esto se debe a que se ha encontrado una asociación entre la leucemia linfoblástica aguda (LLA) y determinadas translocaciones cromosómicas, por lo que la prevalencia de la enfermedad entre pacientes que ya la padecen o en familiares de quienes ya la padecen será mayor.

También, últimamente, se ha dado mucha importancia al papel de los virus, esto es debido a que la mayoría de las LLA se producen cuando en la edad infantil el sistema inmune está aún en desarrollo y puede ser más susceptible a los efectos oncogénicos de algunos agentes virales. Hasta el momento, el único que se ha descubierto con una clara asociación en la edad infantil es el virus de Ebstein-Barr en la LLA-L3.

Como se mencionó anteriormente, la leucemia linfoblástica aguda (LLA) afecta a la mayoría de los niños y representa el 25% de los tumores infantiles y el 75% de las leucemias. La incidencia máxima ocurre entre las edades de dos y cinco años.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir la enfermedad de la leucemia linfoblástica aguda (LLA) en la edad infantil.

Objetivos secundarios:

- Exponer los signos y síntomas característicos que presentan los niños con leucemia.
- Definir los exámenes médicos utilizados para realizar un correcto diagnóstico de la enfermedad.

3 Metodología

Para llevar a cabo la realización del presente trabajo, se ha realizado una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para ello, se ha realizado una búsqueda de bibliografía en libros y en las principales bases de datos: Pubmed y Medline principalmente, seleccionando artículos científicos en español relevantes para el tema.

4 Resultados

La leucemia linfoblástica aguda (LLA), que representa entre el 75 y el 80 por ciento de todas las leucemias diagnosticadas en niños, es el tipo de leucemia aguda más prevalente en esta población.

Para realizar un diagnóstico preciso y oportuno de la LLA en niños, la clínica es fundamental. Los síntomas de la LLA en los niños con frecuencia se pueden atribuir a causas distintas a la LLA. Como ya se ha indicado anteriormente, la

LLA se debe a una alteración que se produce en la médula ósea. La mayoría de las veces, los síntomas que encontramos son causados estos problemas en la médula, y no a la leucemia como tal. Las células “leucémicas” comienzan a acumularse en la médula ósea y pueden incluso superar en número a las células sanguíneas normales. En otras palabras, es posible que un niño con leucemia no tenga suficientes glóbulos rojos, glóbulos blancos o plaquetas “normales” para que el cuerpo funcione correctamente.

Esta falta de células normales se refleja y es observable en las pruebas, pero también provocará síntomas en niños pequeños. Por lo tanto, como se ha indicado anteriormente, los síntomas iniciales, se suelen producir como consecuencia y debido a la infiltración de los linfoblastos en la médula ósea. La anemia, o recuentos bajos de glóbulos rojos, puede provocar síntomas que podemos detectar. Una reducción de estos glóbulos rojos provocará una escasez de células que transportan oxígeno al resto de las células del cuerpo. Estos signos pueden incluir debilidad, sensación de frío, mareos, dificultades para respirar y/o palidez. También se pueden identificar síntomas por un déficit de glóbulos blancos. Los recuentos de glóbulos blancos en niños leucémicos suelen ser altos, pero la mayoría de estas células son leucémicas y no funcionan como defensa para combatir infecciones. la cantidad de glóbulos blancos “normales” disminuirá, lo que provocará infecciones, un estado de enfermedad constante e incluso fiebre. En cuanto a las plaquetas, su recuento también va a estar disminuido. En un cuerpo sano, las plaquetas se encargan de la coagulación. Debido a que hay menos, estos niños pueden sangrar con más frecuencia, tener moretones y tener problemas para detener las hemorragias nasales y otros tipos de sangrado en general. El dolor en los huesos o las articulaciones como resultado de una infiltración de la médula ósea también puede ser otro síntoma. Además, son posibles síntomas un abdomen hinchado, pérdida de apetito, pérdida de peso, inflamación de los ganglios linfáticos, tos o problemas respiratorios, dolor de cabeza, convulsiones, vómitos, erupciones cutáneas, fatiga extrema y debilidad. Se llevarán a cabo exámenes y pruebas médicas para ayudar a identificar la causa de los síntomas si un niño presenta alguno de los síntomas de la leucemia infantil. Si en alguna de las pruebas realizadas se identifica leucemia positivamente, se realizarían más pruebas que nos permitan identificar el tipo y subtipo de leucemia que es, y posteriormente poder decidir el tratamiento a seguir. En la mayoría de los niños que se diagnostican de leucemia linfoblástica aguda (LLA), lo primero que se realiza y que nos ayudará a confirmar la sospecha del diagnóstico es un hemograma. Se realizará un hemograma completo a su hijo para determinar la cantidad de cada tipo de célula sanguínea que está presente en su sangre. La mayoría de los pacientes pediátricos con leucemia,

va a presentar un recuento con demasiados glóbulos blancos y un déficit de los glóbulos rojos y plaquetas.

Además, muchos de los glóbulos rojos que van a presentar, van a ser linfoblastos (un tipo de células jóvenes que, en un organismo en situación de normalidad, solo se encontrarían en la médula ósea). Un análisis de sangre es muy indicativo y hará que aumenten las sospechas de la presencia de la enfermedad, sin embargo, para realizar un diagnóstico que sea totalmente certero, es necesario observar una muestra de células extraídas directamente de la médula ósea. Un aspirado de médula ósea siempre debe analizarse morfológica, molecular y citogenéticamente para realizar un diagnóstico concluyente de leucemia linfoblástica aguda (LLA).

La biopsia y aspirado de médula ósea, se obtiene de la parte posterior de los huesos pélvicos (cadera), también podría obtenerse de su parte delantera o de otros huesos que tengan en su interior médula ósea. Para tomar estas muestras, se procurará siempre que el niño este lo más somnoliento posible, incluso dormido. Durante la aspiración de médula ósea se aspira una cantidad muy pequeña de médula ósea insertando una aguja delgada y hueca en el hueso. La biopsia de médula ósea suele realizarse inmediatamente después de la aspiración. Para ello, se utiliza una aguja más grande para perforar el hueso y extraer un pequeño trozo de hueso y médula.

Después de realizar el procedimiento, se debe aplicar presión inmediatamente para detener cualquier posible sangrado. Estas pruebas de médula ósea ayudarán en el diagnóstico de leucemias, pero también se utilizarán y repetirán más adelante durante el tratamiento para determinar si la leucemia responde suficientemente al medicamento que se administra al paciente joven. Nunca se recomienda iniciar el tratamiento sin antes recolectar y analizar una muestra de médula ósea.

Las excepciones a esta regla incluyen situaciones en las que la vida del paciente corre grave peligro. El diagnóstico de leucemia estará respaldado por el descubrimiento de al menos un 25% de blastos en la médula ósea. Por otro lado, y no menos importante, también se realizará un examen del líquido cefalorraquídeo en toda leucemia al diagnóstico, para poder así descartar que haya una afectación del Sistema Nervioso Central. Esto se realiza a través de una punción lumbar. Como se mencionó anteriormente, usaremos esta prueba para encontrar células leucémicas en el líquido cefalorraquídeo. Al igual que con la biopsia y la aspiración de médula ósea, tomaremos medidas para mantener al niño lo más relajado y dormido posible. Esta prueba la realizaremos en niños que ya hayan recibido un diagnóstico para administrarles quimioterapia intratecal y evitar que la leucemia se extienda a la médula espinal y/o al cerebro. El líquido cefalor-

raquídeo (LCR) se analiza mediante la técnica de punción lumbar, un procedimiento invasivo que consiste en introducir una aguja en el espacio subaracnoideo del saco dural lumbar, como se ha mencionado anteriormente, su finalidad puede ser diagnóstica o bien terapéutica.

Además, es fundamental realizar análisis microscópicos de las muestras tomadas. Para clasificar las células en diferentes tipos, es necesario observar el tamaño, la forma y los patrones de tinción de las células bajo un microscopio. Es crucial determinar la madurez celular y la proporción de células maduras e inmaduras en las muestras. A estas células más inmaduras, se les denomina blastos. Podremos determinar de forma muy fiable el diagnóstico de leucemia si hay demasiados de estos blastos, especialmente en la muestra de sangre. Una de las pruebas de cromosomas que hoy en día adquiere gran importancia, es la citogenética. Las células leucémicas se cultivan en una placa para esta prueba y cualquier cambio se observa observando los cromosomas con un microscopio.

Actualmente se pueden detectar casi todas las anomalías citogenéticas en las células leucémicas. Estas anomalías pueden ser causadas por la estructura cromosómica o el recuento total de cromosomas. Se ha demostrado que la hiperdiploidía, o un aumento en el número de cromosomas, es un marcador de un pronóstico favorable para la enfermedad. Esto se debe a que las células leucémicas hiperdiploides son más susceptibles a la apoptosis porque acumulan una mayor concentración de metabolitos de metotrexato, lo que las hace más sensibles a este medicamento y más fáciles de eliminar por sí solas.

Otros estudios que se realizan para el diagnóstico son: ecografía abdominal, estudio cardiológico (previo al tratamiento que incluye fármacos cardiotóxicos), bioquímica sanguínea (incluyendo LDH, ácido úrico, calcio, fósforo, transaminasas, etc.), estudio de coagulación, serologías (hepatitis viral, VIH, herpes, CMV...) e inmunoglobulinas. De manera similar, se pueden utilizar pruebas de imágenes como una radiografía de tórax, una tomografía computarizada, una resonancia magnética y/o una ecografía si se sospecha que la LLA afecta el bazo, el hígado, el cerebro o incluso la médula espinal. Por lo general, estas pruebas no son necesarias en niños a los que se les ha diagnosticado leucemia. Si se sospecha leucemia linfoblástica aguda (LLA), es fundamental descartar otras posibles patologías como artritis juvenil crónica, mononucleosis infecciosa, púrpura trombocitopénica idiopática, anemia aplásica y linfocitosis causada por una infección viral aguda en lugar de leucemia.

Estas entre otras, pero también debemos asegurarnos de la existencia de esta leucemia linfoblástica aguda (LLA) y no de otros posibles tumores. Debido a su

ubicación, el neuroblastoma, el retinoblastoma o el rabdomiosarcoma pueden causar confusión en el diagnóstico preciso de la leucemia linfoblástica aguda (LLA).

5 Discusión-Conclusión

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es el cáncer mayoritario en la edad pediátrica, responsable de gran parte de los tumores y leucemias diagnosticados en la edad infantil, sobre todo entre los 2 y los 5 años de edad.

Los síntomas iniciales, en muchas ocasiones son producidos por las alteraciones medulares y en el recuento de células sanguíneas que esta enfermedad produce, y no por la leucemia como tal, pero son muy importantes y debemos prestarles atención y darles la suficiente importancia para así poder hacer un diagnóstico temprano.

La clínica del niño, por lo tanto, es la parte fundamental para poder llegar a un adecuado diagnóstico de la leucemia. También es fundamental hacerlo lo antes posible, ya que es muy importante realizar un diagnóstico temprano y determinar cuanto antes el tipo y subtipo de leucemia. Permitiéndonos así poder iniciar el tratamiento más adaptado al niño lo antes posible y obtener las mejores probabilidades de éxito.

6 Bibliografía

1. Ramírez Pico, J., Espín Custodio, L., González Cabrera, A., Alvarado Soto, D. Hallazgos Inmunofenotípicos, Morfológicos y Citogenéticos de las Leucemias Linfoblásticas Agudas en Pediatría. *Oncología (Ecuador)*, 2019, 29(2), 127–136.
2. American Cancer Society. Leucemia en niños. [Internet]. 2019 [Consultado Julio 2023].
3. Ucedo, V. E., Herrera Sampóns, S. R., Barbeito, C. G., & Diessler, M. E. Médula ósea y hematopoyesis. Libros de Cátedra; 2022.
4. Lassaletta Atienza, A. Leucemias. Leucemia Linfoblástica Aguda. *Pediatría Integral* 2016; XX (6): 380-389
5. Gómez Mercado, C.A., Segura Cardona, A.M., Pájaro Cantillo, D.E., Mesa Largo, M. Incidencia y determinantes demográficos de la leucemia linfóide aguda en pacientes con cáncer pediátrico, Antioquia. *Univ. Salud.* 2020; 22(2):112-119.

6. Schrappe M, Hunger SP, Pui CH, et al. Outcomes after induction failure in childhood acute lymphoblastic leukemia. *N Engl J Med*. 2012; 366: 1371-81.
7. SEHOP (Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica). Tratamiento de la Leucemia Aguda Linfoblástica de Nuevo Diagnóstico (para niños mayores de 1 años y menores de 19 años). SEHOP/PETHEMA. 2014.
8. Maude SL, Teachey DT, Porter DL, Grupp SA. CD19-targeted chimeric antigen receptor T-cell therapy for acute lymphoblastic leukemia. *Blood*. 2015; 125: 4017-23.
9. Carroll WL, Hunger SP. Therapies on the horizon for childhood acute lymphoblastic leukemia. *Curr Opin Pediatr*. 2016; 28: 12-8.
10. Collazo, B. R., & Serrano, A. M. Procedimiento punción lumbar. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), 1º Edición, 2022, 42.
11. Álvarez MP., Campos M., Fariñas B., González C., Martín RA., Pardo I., Pazo RM., Quintela C., Soto C., Vázquez B. Procedimiento de canalización e cuidados do reservorio subcutáneo. 2021
12. Madero López, Luis y Muñoz Villa, Arturo. Hematología y Oncología Pediátricas. 3ª Edición, 2015.
13. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS). Ficha técnica Tioguanina. [Internet]. 2021
14. Sánchez, M.C., Riesco, S., González, A. Urgencias oncológicas en Pediatría. 2019. *Pediatría Integral* 2019; XXIII (2): 65–80.

Capítulo 133

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN QUIRÓFANO

ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO

ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA

ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

MERCEDES MEGIA CAMACHO

1 Introducción

La función de enfermería en quirófano es crucial para un buen funcionamiento de la intervención. En quirófano es necesaria la presencia de dos enfermeras, la enfermera instrumentista y la circulante. La enfermera circulante tiene un papel esencial en el curso de la operación, ya que, desempeña varias funciones de ayuda y de organización de quirófano durante la intervención para que la operación sea óptima. El papel de la enfermera instrumentista es instrumentar al médico durante la intervención. La enfermera que está instrumentando debe controlar en todo momento el instrumental que tiene en el campo del paciente y el que luego se queda en la mesa estéril (1). También es muy importante su responsabilidad con la esterilidad, ya que, la entrada de microorganismos al paciente en una cirugía puede desencadenar infecciones posteriores comprometiendo la vida del paciente (1). Para la enfermera instrumentista es muy importante un correcto lavado de manos, de al menos, 5 minutos con jabón en posición de mano a codo. No se

puede regresar con la misma esponja de lavado del codo a la mano. Una vez, que se realiza el lavado de manos, no se puede tocar nada y se deben poner los guantes estériles, para empezar a colocar el campo estéril. Una vez terminada la intervención, la enfermera instrumentista acompaña al paciente junto a los celadores que transportan al paciente en la camilla al área de Reanimación, donde el paciente pasa unas horas para recuperarse de la anestesia.

2 Objetivos

a) Objetivo principal:

- Revisar las funciones de la enfermera circulante e instrumentista en quirófano.

b) Objetivo secundario:

- Destacar la importancia de la esterilidad en quirófano.

3 Metodología

En este capítulo se han utilizado un artículo de una base de datos científica, que es, Scielo y de Google académico, que es un buscador de artículos científicos bien referenciados que poseen información útil a la hora de la realización del trabajo. Se ha seleccionado un artículo de Google académico, porque el tema de la enfermera en quirófano, no está muy estudiado en otras bases de datos científicas. Cuando se ha realizado la búsqueda en otras páginas no se ha encontrado ningún artículo o los pocos artículos que han aparecido no eran relacionados con el tema a tratar. El artículo que se ha seleccionado de Google académico, está basado en la evidencia científica, debido a que está correctamente referenciado. Los dos artículos que están referenciados en el capítulo son con una antigüedad máxima de 5 años y de texto completo. El idioma que se ha tratado ha sido el español y el inglés.

4 Resultados

Las funciones de la enfermera circulante son múltiples, ya que, la enfermera circulante es la encargada tanto de ayudar a su compañera que está instrumentando, como de ayudar al médico anestesista y estar en alerta en todo momento de la organización del quirófano.

Los pasos que se deben seguir son (2):

1. Recibir al paciente: antes de que el paciente entre al quirófano para comenzar la intervención, la enfermera circulante le realiza el Checklist, que es la herramienta inicial, donde se verifican todos los datos del paciente (nombre y apellidos, que el paciente esté informado del tipo de operación de la que será intervenido, preguntar por las alergias es muy importante y antecedentes importantes).

Si el paciente fuera alérgico a algún medicamento se tiene que poner una pulsera roja con el medicamento al que es alérgico.

2. Entrada del paciente a quirófano: la enfermera circulante junto a sus compañeros auxiliares de enfermería y celadores, colocan al paciente en la mesa de operación.

La enfermera circulante se encarga de la monitorización del paciente, atar las batas de los médicos y la enfermera instrumentista que están estériles, etc.

3. Ayuda al médico anestesiólogo: la enfermera circulante ayuda al anestesiólogo con la preparación de la anestesia. Si el anestesiólogo lo indica, la enfermera administra los diferentes fármacos que inician la anestesia en el orden y dosis que indique el mismo.

4. Comienzo de la intervención: cuando se inicia la intervención la enfermera circulante que no está estéril estará a cargo del conteo de gasas y compresas, de los materiales que necesite la enfermera instrumentista en la intervención y acercar a los médicos lo que soliciten (banquetas, apagar o encender luces, guantes estériles, etc).

5. Finalización de la intervención: la enfermera circulante es la encargada de ayudar a despertar al paciente, cuando el paciente despierta y sale del quirófano la enfermera circulante, será la encargada de volver a reponer el material que se ha utilizado y comprobar que los sistemas de aspiración, monitores... estén en correcto funcionamiento.

La figura de la enfermera circulante es muy importante en quirófano, ya que, es la encargada de circular por todo el quirófano revisando que todo esté en correcto funcionamiento, es importante el conteo de gasas y compresas en cirugías abiertas para que ninguna se quede adentro del paciente.

También, se encarga de ayudar a la enfermera instrumentista en todo lo que necesite en el campo estéril y la ayuda al anestesiólogo a la hora de la anestesia.

En cuanto a la enfermera instrumentista, es la encargada de instrumentar al médico y cuando acaba la operación lo traslada a Reanimación, donde explica a otra enfermera encargada del área de Reanimación, lo que se le ha puesto al paciente (Sondaje Vesical, redones con o sin aspiración, sonda nasogástrica, el tipo de anestesia, si ha habido complicaciones, etc.).

Por todo lo anterior, la figura de enfermería en el quirófano es imprescindible

para que la intervención se realice de manera correcta.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante la figura de enfermería en quirófano, ya que, gracias a ellas, la intervención se realiza en condiciones óptimas de preparación y esterilidad. La enfermera circulante es la encargada de circular en el quirófano durante toda la intervención y de recibir al paciente antes de entrar al quirófano. Se destaca una de las funciones más importantes de la enfermera circulante, que es, el conteo de gasas y compresas para que no se quede ninguna adentro del paciente. En cuanto a la enfermera instrumentista, su función más importante, es la de guardar siempre la esterilidad. Además, también es la encargada de tener bajo control en todo momento el instrumental que da y recibe, para que no se quede nada adentro del paciente.

6 Bibliografía

1. Chellam Singh, Bisma y Judie Arulappan. "Comprensión de las enfermeras de quirófano de sus funciones y responsabilidades en la atención al paciente y medidas de seguridad en la práctica intraoperatoria". *SAGE Enfermería Abierta* 9 (2023): 23779608231186247. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/23779608231186247>
2. Pérez Valero S, Cuadros Rivera V, Torrego Barroso N. Protocolo de actuación de enfermería quirúrgica en cirugía robótica. *Index Enferm [Internet]*. 2019 [citado el 15 de septiembre de 2023];28(4):214–8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300011

Capítulo 134

ATENCIÓN A LA NIÑA Y EL NIÑO INMIGRANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

EMMA MARTÍN MAÑAS

MARIA MANZANEQUE CAÑADILLAS

NOELIA VALVERDE BAEZA

NATALIA ISABEL GALLARÍN VALVERDE

ADELA CUENCA ARANDA

1 Introducción

La Inmigración es definida por la RAE (Real Academia Española) como "Dicho del natural de un país: Llegar a otro para establecerse en él, especialmente con idea de formar nuevas colonias o domiciliarse en las ya formadas."

Por lo tanto, entendemos como inmigrante a todo aquella persona, y en particular para nuestro contexto a todo niño, que se traslada desde su lugar de residencia habitual a nuestro país, en este caso a España, ya sea de manera temporal o de forma permanente, por diversas razones.

La inmigración es un proceso que está a la orden del día, y que cada vez podemos observar con más naturalidad en nuestro país. El INE (Instituto Nacional de Estadística) en el padrón continuo a fecha de 1 de enero de 2022, recoge unos datos de inmigración pediátrica (entendiendo está como la población que se encuentra

entre los 0 y los 14 años de edad) de 770.881. De esta cifra, 397.110 son niños y 373.771 son niñas.

En los datos que el INE (Instituto Nacional de Estadística) recoge y resumen en gráficas, podemos observar como las cifras de inmigración en edad pediátrica (0 a 14 años de edad), han ido en crecimiento desde el primer semestre del año 2021, hasta los datos facilitados anteriormente.

Es por ello, por lo que como profesionales sanitarios sabemos que tendremos que enfrentarnos a esta parte de nuestra población, y es nuestra responsabilidad y debemos saber enfrentarnos al niño inmigrante en nuestras consultas de Atención Primaria, dándoles una atención individualizada y de calidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir la atención a la niña y el niño inmigrante en Atención Primaria.

Objetivos secundarios:

- Conocer las recomendaciones actuales sobre salud e inmigración en edad pediátrica.
- Saber cómo afrontar una consulta al niño inmigrante en Atención Primaria si se diera el caso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente acerca del tema. Se ha realizado una búsqueda sistemática en las principales bases de datos Pubmed y Medline principalmente, seleccionando artículos científicos, protocolos y guías de práctica clínica en idioma español y de publicación reciente, utilizando para ello términos MeSH y DeCs.

4 Resultados

España, continúa siendo un país de acogida de personas y familias que vienen buscando mejores condiciones de vida. Por lo tanto, es frecuente que en nuestra consultas de Enfermería Pediátrica de Atención Primaria, nos encontremos con niños inmigrantes y sus familias a los que debemos recibir y dar atención. Para ello, debemos conocer los protocolos existentes de Atención al Niño Inmigrante

y mantenernos actualizados en ellos. Entre ellos, la AEP (Asociación Española de Pediatría), dispone de un Protocolo de Atención a la Niña y al Niño Inmigrantes (PANNI), actualizado y basado en la experiencia y en las recomendaciones tanto propias como de diferentes organismos como la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Este protocolo u otros existentes con el mismo fin, se deben aplicar a todos los niños inmigrantes recién llegados con el objetivo de conocer el estado de salud el niño y los factores de riesgo que presente, poder detectar y así tratar las posibles enfermedades que tenga y actualizar su calendario vacunal y de inmunizaciones. En nuestra primera visita o visita de acogida, tendremos el primer contacto con estos niños y sus familias. Es muy importante que en esta visita creemos un clima que les ofrezca confianza y empatía.

Tendremos en cuenta las existentes barreras idiomáticas y culturales, por lo que en caso de necesidad, recurriremos a los medios que nuestro Sistema de Salud nos ofrezca para así poder tener una adecuada comprensión de la lengua y de su cultura. Si esto no fuera posible, podríamos pedirles que acudieran acompañados de una persona, familiar o amigo que pudiera mediar como traductor. Si nunca de las opciones es posible, recurriremos a los recursos que tengamos a nuestra disposición como traductores o aplicaciones móviles... ya que es imprescindible que nos aseguremos de que existe una comprensión verbal.

En esta primera visita también es importante que atendamos el motivo de consulta intentando resolverlo, no centrándonos solo en "sacar información", ya que esto no generará confianza hacia nosotros en el niño y su familia.

En esta visita de acogida, debemos realizar una adecuada anamnesis, recoger los datos necesarios para poder realizar una rápida valoración del estado de salud del niño y de sus factores de riesgo. Esta primera anamnesis debería permitirnos recoger datos como el país y lugar de procedencia, el motivo de la migración, antecedentes sobre embarazo y parto, antecedentes médicos personales (enfermedades, cirugías, alergias, transfusiones...), hábitos alimentarios, consanguinidad paterna, religión, vacunas administradas, si tiene síntomas de algún tipo en la actualidad.... En las siguientes visitas podremos obtener más información si así lo creemos necesario.

Tras esto, realizaremos una exploración física completa. Recalcaremos las siguientes exploraciones:

- Peso, talla y perímetro cefálico. Utilizaremos las tablas de referencia de la OMS (Organización Mundial de la Salud) ya que nos interesa ver su evolución en una curva pondoestatural.
- Genitales externos. Buscaremos posibles malformaciones y valoraremos minu-

ciosamente su integridad en las niñas que puedan presentar probabilidad cultural de haber sufrido mutilación genital femenina (MGF).

- Piel y mucosas. Color, infecciones, manchas, signos de ectoparásitos... Comprobaremos también si existe una cicatriz relacionada con la vacunación de BCG (tuberculosis).

- Desarrollo psicomotor. Debemos tener cuidados en la valoración en niños adoptados, estos niños pueden presentar retraso psicomotor que puede ser reversible con estimulación y afecto. Si el niño presenta un retraso en el desarrollo psicomotor asociado a macrocefalia, descartaremos entonces toxoplasmosis, hipotiroidismo y/o malformaciones congénitas. Si por el contrario, se presenta asociada a microcefalia que no es de origen familiar, descartaremos rubeola, toxoplasmosis, infección por zika y/o sífilis.

También valoraremos adenopatías o hepatoesplenomegalia.

Debido a la gran heterogeneidad de la población pediátrica inmigrante, debemos individualizar los exámenes complementarios según la procedencia del niño y su familia, de sus factores de riesgo y de la exploración física que hayamos realizado. Según esto y bajo nuestro criterio, podremos pedir exámenes médicos como los que se detallarán a continuación. Hay algunos de ellos, que sí que es recomendable realizarlos a todos los niños que procedan de países en vías de desarrollo y que por lo tanto es probable que no hayan recibido una asistencia sanitaria similar a la nuestra.

Podemos realizar una analítica de sangre. Un hemograma nos ayudará a detectar si el niño tiene anemias o eosinofalias. También es recomendable determinar la presencia o no del antígeno de la Hepatitis B (HBs Ag) a todos los niños vacunados o no de Hepatitis B (HB) a cuyas madres no se les ha realizado ningún tipo de cribado de esta hepatitis B durante el embarazo, independientemente de si la enfermedad es endémica en su país de procedencia o no. Con esto, aseguramos la equidad con la población autóctona y descartamos que se haya producido una transmisión del virus de la hepatitis B por vía vertical.

Según los factores de riesgo del niño se realizará más o menos amplia, solicitando más o menos datos. Por ejemplo, a los niños procedentes de Centroamérica, se les podría pedir una serología de la enfermedad de Chagas.

Se puede realizar un estudio parasitológico. A aquellos niños que procedan de una zona endémica de esquistosomiasis urogenital (África Subsahariana, Cuenca del Nilo, Oriente Medio), se les realizará un cribado en orina mediante tira. Esta prueba se realizará preferiblemente tras hacer ejercicio para así aumentar la excreción de los huevos. Si es posible, se realizará entre las 11 y las 14 horas, ya que este es el momento en el cual la excreción del parásito ha resultado ser la máxima.

Si aparece hematuria, se realizará una recogida de muestra de orina.

También se recogerán tres muestras de heces para analizar parásitos en sus recipientes indicados para tal uso. Es importantes que en la petición de recogida indiquemos el lugar de procedencia del niño. Si el resultado es positivo a parásitos en heces, se indicará por parte del pediatra responsable el inicio del tratamiento pertinente si procede. Solo continuaremos el estudio en aquellos niños que den negativo a parásitos en heces y tengan eosinofilia, para así poder descartar las causas no parasitarias de esta eosinofilia.

Es importante que preguntemos al niño y a su familia sobre los posibles contactos con enfermos de tuberculosis, por síntomas que puedan sugerir que el niño tenga la enfermedad y por si se le ha administrado al niño o a algún miembro de la familia algún tratamiento para la tuberculosis. La gran mayoría de los niños que proceden de países en vías de desarrollo, están vacunados de BCG, lo que verificaremos mirando la cicatriz como se ha indicado anteriormente. Pero la vacunación no quita la indicación de realizar la prueba de la tuberculina, esta se realizará 10 o 12 semanas después de la llegada del niño si no existe sospecha clínica de ningún tipo de tuberculosis.

En cuanto a las vacunaciones, deberemos aceptar como válidos todos los registros de vacunación e inmunización que nos aporte la familia, excepto si hay algún signo claro que nos indique una posible falsificación del registro. Se completarán las vacunas e inmunizaciones según el calendario de vacunación de cada comunidad autónoma. En cuanto a las vacunas más "conflictivas" con nuestro calendario vacunal tenemos:

- Hepatitis A. Se recomienda la vacunación a partir de los 12 meses (excepto si existe serología positiva) por posibilidad de existir un contacto con familiares infectados que vengan del país de origen o bien porque el niño pueda tener contacto con la enfermedad en alguno de los viajes a su país de origen.
- Triple Vírica. En muchos países se administra el sarampión monovalente a los 9 meses, esta dosis no debe ser contabilizada. Se administrará pauta de Triple Vírica.
- Meningococo C. La vacuna antimeningocócica en la mayoría de países de África, Asia y América del Sur no se administra.

Si no se dispone de registros de ninguna vacuna, se iniciará el calendario vacunal de acuerdo a la edad del niño.

No debemos desaprovechar oportunidades de vacunación, cada visita es una oportunidad de vacunar a cualquier niño. Si tenemos vacunas pendientes, cada visita es una oportunidad para realizarlas. Cualquier visita es buena y siempre que podamos vamos a utilizar vacunas combinadas, para así ofrecer protección

de varios agentes en un solo pinchazo.

Por último, no debemos dejar de realizar actividades de prevención y promoción de la salud que correspondan a la edad del niño, adaptándonos siempre a la cultura de cada niño y su familia. Debemos prestar atención en realizar promoción de la salud enfocada a aspectos como:

- Anemia ferropénica. Es frecuente en los niños inmigrantes, por lo que realizaremos educación sanitaria enfocada a la alimentación en aquellos niños que ya la realicen. En el caso de niños alimentados mediante lactancia materna sin introducción de alimentación complementaria, podríamos iniciar una suplementación.
- Raquitismo. Debemos considerar sobre todo en menores de 18 meses, la administración de vitamina D. También podemos considerarla en adolescentes de piel oscura y en aquellos niños y niñas que culturalmente van muy tapados.
- Déficits Nutricionales. Prestaremos atención a aquellos niños que puedan estar alimentados por medio de dietas deficitarias y carenciales. Por ejemplo, en aquellos que culturalmente son alimentados con lactancia materna exclusiva prolongada, en niños refugiados o de familias de pobreza extrema... También tenemos que estar preparados ante dietas "especiales" seguidas por algunas familias por motivos culturales o religiosos.
- Mutilación Genital Femenina (MGF). Debemos activar el Protocolo de Profilaxis de la Mutilación Genital Femenina (MGF), si no se ha llevado a cabo cuando atendamos a niñas procedentes de países y culturas en las que se practique (África, Egipto, Yemen...)
- Salud Mental. Debemos empatizar y sensibilizarnos ante lo que pueda suponer el duelo migratorio a los niños, adolescentes y a sus familias.
- Consejos del niño viajero. Los niños inmigrantes y sus familiares suelen realizar viajes habituales entre su país de origen y su nueva residencia. El Protocolo de Atención al Niño Viajero va dirigido a los niños que vienen de países en vías de desarrollo y su aplicación debe individualizarse.

5 Discusión-Conclusión

La inmigración es un proceso en auge y a la orden del día en cualquier país de la Unión Europea. Dentro de ellos, España continúa siendo un país de acogida de familias y niños que vienen a buscar mejores condiciones de vida.

Por este motivo, es frecuente que en nuestras consultas de Enfermería Pediátrica de Atención Primaria, tengamos que acoger a niños inmigrantes y sus familias. Debemos entonces recibirlos y darles la mejor atención posible y para ello, debe-

mos conocer los protocolos existentes de Atención al Niño Inmigrante y mantenerlos al día en sus actualizaciones.

Nuestro conocimiento y la calidad de la atención que nosotros les brindemos, repercutirá significativamente en su estado de salud, en su mejor adaptación y acompañamiento en su llegada. Y por consecuencia, en un mejor estado de salud comunitario.

6 Bibliografía

1. Rafael García Galán. Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud. Sevilla; 2007.
2. Masvidal Aliberch RM, Canadell Villaret D. Atención al niño y la niña inmigrantes. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria.
3. R. M. Masvidal i Aliberch, D. Canadell Villaret, Grupo de Cooperación, Inmigración y Adopción de la AEPap Pediatra. Actualización del Protocolo de Atención a las Niñas y Niños Inmigrantes.
4. Valoración inicial del niño inmigrante. Pediatría integral. 2014.
5. Tomas Aguirre, Beatriz. Atención al niño internacional.
6. Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Vacunación de niños inmigrantes, refugiados y adoptados. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP. Madrid: AEP; ene/2023.

Capítulo 135

MITOS Y REALIDADES SOBRE EL SUEÑO INFANTIL

EMMA MARTÍN MAÑAS

MARIA MANZANEQUE CAÑADILLAS

NATALIA ISABEL GALLARÍN VALVERDE

NOELIA VALVERDE BAEZA

ADELA CUENCA ARANDA

1 Introducción

Cuando hablamos de sueño infantil, nos referimos con ello a todos los periodos en los que los niños descansan, tanto diurnos como nocturnos. El sueño en la infancia tiene un papel fundamental en el desarrollo y va a influir significativamente en la consolidación de aprendizajes.

El descanso infantil es una de las principales causas de preocupación paterna y de consulta en nuestras consultas de Enfermería Pediátrica. Son muy frecuentes las dudas sobre si su hijo/a duerme bien, sobre si es correcta su higiene del sueño, despertares nocturnos... Todo ello se suma a la falta de información, los consejos familiares, los mitos y la aún creencia por parte de algunos profesionales en métodos de dudosa eficacia, llevan en muchas ocasiones a los padres y madres a pensar que tienen problemas con el sueño de sus hijos.

Los profesionales sanitarios y en particular, la Enfermería Pediátrica, deberíamos estar formados y actualizados en recomendaciones sobre sueño infantil. En este

contexto, se ha realizado esta revisión bibliográfica con el objetivo de analizar y comparar los datos disponibles en la actualidad sobre el sueño infantil y establecer los mitos y realidades respecto a este tema, de manera que se puedan aportar a las familias recomendaciones reales y actualizadas que les permitan adoptar las actitudes que crean convenientes de una manera documentada.

2 Objetivos

- Aclarar los mitos y realidades existentes acerca del sueño infantil.
- Definir el tiempo de sueño adecuado en la edad pediátrica.
- Exponer recomendaciones que podríamos facilitar a los padres para ayudarles con el sueño de sus hijos.

3 Metodología

Para el presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica. La búsqueda se ha realizado en bases de datos científicas y buscadores como Pubmed, Dialnet y Google Académico. La estrategia de búsqueda se diseñó mediante formato PICO, Decs y MeSH con criterios de búsqueda enfocados a artículos relevantes en castellano e inglés y de publicación en los últimos 7 años.

Palabras clave: sueño, enfermería pediátrica, desarrollo infantil, higiene del sueño y padres.

4 Resultados

Desmintiendo mitos acerca del sueño infantil con realidades:

- "Hay que entrenar a los niños para dormir". La realidad es que dormir es una necesidad fisiológica y una habilidad innata, todos sabemos y podemos dormir cuando lo necesitamos, nuestros hijos también saben hacerlo independientemente de su edad.
- "Hay que dejarles llorar para que se acaben acostumbrando a dormir solos". La realidad es que los niños no se acostumbran a dormir solos llorando, y además no debemos ignorar su llanto, ya que es su forma de comunicarse. Los niños dejarán de llorar simplemente porque nadie atiende a su llanto, no porque se acostumbren a estar o dormir solos. Además, en contraposición, al llorar y no

encontrar consuelo a su llanto, su cerebro se inunda de hormonas del estrés como el cortisol, que impedirá aún más si cabe que puedan conciliar el sueño.

- "Es mejor que no duerman de día para que lo hagan mejor por la noche". Realmente, los niños necesitan unas horas de sueño que varían en función de su edad y que se reparten a lo largo del día y de la noche. Probablemente, si se salta alguna de sus siestas, llegará al sueño nocturno más cansado e irritado y le cueste más conciliar el sueño.
- No hay que dormir al bebé en brazos o en el pecho porque "se acostumbra". La realidad es que, como cualquiera de nosotros, los bebés y los niños necesitan sentirse seguros para dormir tranquilos. Esta seguridad, ellos la obtienen estando cerca de sus padres, sintiendo su olor y su tacto cerca.
- "Si lo metes en la cama contigo, no conseguirás sacarlo nunca." La evidencia ha demostrado que el colecho tiene múltiples beneficios, no solo para el bebé, también facilita y ayuda a la lactancia materna. Cuando están preparados ellos solos dejan la cama, algunos por voluntad propia y otros con un poco de motivación.
- Biberón de cereales para que duerma mejor. La realidad es que no tiene ninguna relación y además está totalmente desaconsejado por los especialistas en pediatría dar cereales en biberón, ya que conlleva un alto riesgo de producir caries y además aumenta el riesgo de padecer obesidad infantil.
- Dar un suplemento de melatonina para que duerman mejor. Realmente no es necesario, puesto que la melatonina es una hormona que nuestro cuerpo produce de forma natural.
- Destetar al bebé por la noche para que duerma más. La realidad es que diferentes estudios indican que destetar al niño no va a implicar que mejore el sueño nocturno.
- "Sacarlo de la habitación cuanto antes, así dormirá mejor". La Asociación Española de Pediatría (AEP), recomienda que el bebé duerma en la habitación de sus padres como mínimo hasta los 6 meses, para reducir así el riesgo de muerte súbita del lactante. Por su parte, la Asociación Americana extiende este consejo, indicando que el bebé duerma en la habitación de sus padres hasta los 12 meses. Por lo que cualquier edad es válida, si la familia lo disfruta, pueden dormir con el pequeño hasta que lo deseen.

¿Cuántas horas necesitan dormir los niños?

Realmente no acaba de haber un consenso claro sobre cuánto debe dormir un bebé o un niño, el principal motivo se debe a que cada niño es único y tiene sus propias necesidades de sueño. El tiempo ideal de sueño para cada niño, va a ser aquel que le permita realizar sus actividades diarias con normalidad. Si el niño

está activo y sano, significa que su tiempo de descanso está siendo suficiente para él y no debemos preocuparnos.

Sin embargo, la American Academy of Pediatrics (AAP) y la National Sleep Foundation, tienen sus propias recomendaciones en cuanto a tiempos orientativos de sueño para cada edad.

- Recién nacidos. La AAP indica que deben dormir de 16 a 18 horas. Por su lado, la National Sleep Foundation, resta una hora a este intervalo, recomendando de 16 a 17 horas de sueño.
- Bebés de 4 a 12 meses. La American Academy of Pediatrics (AAP), estima de 12 a 16 horas de sueño. La National Sleep Foundation, separa esta edad en dos etapas, diferenciando a bebés de 3 a 6 meses con 16 horas de sueño y bebés de 6 a 12 meses, con 15 a 16 horas de sueño.
- Niños pequeños de 1 a 2 años. La AAP estima de 11 a 14 horas de sueño, abriendo el intervalo una hora más la National Sleep Foundation con una recomendación de 12 a 14 horas.
- Preescolar de 3 a 5 años. De esta edad en adelante solo ofrece recomendaciones la American Academy of Pediatrics, estimando de 10 a 13 horas de sueño.
- Primaria de 6 a 12 años. De 9 a 12 horas de sueño, según la AAP.
- Adolescentes de 13 a 18 años. De 8 a 10 horas, según la AAP, asemejándose al horario de sueño recomendado para un adulto.

Hay que recordar que estas cifras reflejan el total de horas de sueño en un periodo de 24 horas. Por lo que, si el niño o niña aún duerme siestas, hay que tener en cuenta este tiempo de descanso en el cómputo de horas totales al día.

Establecer buenos hábitos de sueño es la base fundamental para que el sueño de los niños se dé de manera adecuada tanto en la edad pediátrica como a lo largo de su vida. La American Academy of Pediatrics (AAP) apoya las pautas de la American Academy of Sleep Medicine (AASM) animando a los padres y madres a establecer buenos hábitos del sueño junto a sus hijos.

Recordemos que el sueño infantil es una parte fundamental del crecimiento y del desarrollo, y, por tanto, debemos intentar reunir las mejores condiciones para que el descanso sea el más adecuado.

- Ayudar a diferenciar el día de la noche desde edades tempranas. Las siestas deben ser con luz y ruido ambiental. Las noches con oscuridad y silencio nocturno.
- Intentar mantener unos horarios fijos, incluyendo los fines de semana. Acompasar la hora de ir a la cama con la hora solar, ya que el cuerpo empieza a liberar

melatonina cuando oscurece.

- A la hora de dormir debe haber un ambiente relajado, sin ruidos, con poca luz y con una temperatura agradable.
- Debemos intentar desarrollar una rutina tranquila y relajante para realizar todos los días antes de dormir. Completarla cada día de la misma forma ayuda a que el niño se dé cuenta de que llega la hora de dormir.
- Prestar atención a la alimentación. No acostar al niño con hambre y asegurarnos de que la ingesta a lo largo del día haya sido adecuada.
- Respetar el espacio entre las siestas a lo largo del día y que estas sean de sueño reparador para evitar que el niño llegue excesivamente cansado a la noche.
- No realizar ejercicio excesivo antes del sueño
- Evitar el uso de dispositivos electrónicos (consolas, tabletas, ordenadores, móvil...) antes de acostarse. Las pantallas y su luz azul pueden retrasar la liberación de melatonina, además de crear excitación en el niño y, por tanto, dificultar el sueño.
- Un peluche, una manta especial o su juguete favorito pueden ayudarle en los despertares nocturnos. También servirá de ayuda en el momento en el que se produzca la separación de los padres.

5 Discusión-Conclusión

Son muchos los mitos y creencias que existen alrededor del sueño infantil. Como profesionales de enfermería pediátrica, debemos conocer todos estos mitos y tener el conocimiento suficiente para poder desmentirlos, poniendo en conocimiento de los padres y las madres de nuestros pequeños pacientes la realidad. Debemos conocer y saber acompañar todas estas realidades de recomendaciones sobre los tiempos de descanso o consejos acerca de la higiene de sueño. Todo esto facilitará la labor paterna de garantizar un descanso adecuado en tiempo y calidad a sus hijos/as, sabiendo que están acompañados de profesionales sanitarios formados y preocupados por el bienestar de sus hijos y de su unidad familiar, teniendo a quién acudir ante cualquier problema.

6 Bibliografía

1. Asociación Española de Pediatría (AEP).
2. Pacheco D. Babies and sleep. Sleep Foundation. 2020.
3. Resultados principales del estudio PASOS 2019 sobre la actividad física, los estilos de vida y la obesidad de la población española de 8 a 16 años Gasol Foun-

dation / Nov. 2019 Physical Activity, Sedentarism and Obesity of Spanish youth. Gasolfoundation.org.

4. Pin Arboledas G, Lluch Roselló A. El sueño en el primer año de vida: ¿cómo lo enfocamos?

5. Sueño durante la infancia. Cuidados y consejos. Clínica Universidad de Navarra.

6. Los buenos hábitos del sueño: ¿cuántas horas de sueño necesita su niño? Healthychildren.org.

7. Hábitos saludables para el sueño infantil. Madrid.org.

8. Común CCS, Macías B. Cuánto debe dormir un bebé según su edad. Criar con Sentido Común. 2023.

Capítulo 136

CIRUGÍA MENOR Y SUTURAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA

VANESSA ZUHEROS CORTECERO

INMACULADA GÁMEZ MURILLO

PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ

1 Introducción

A menudo en los centros de salud e incluso en hospitales, nos planteamos si las técnicas de sutura son tarea de Enfermería o del personal médico, o simplemente, por desconocimiento, directamente sutura el profesional médico.

Según el Real Decreto 63/1995 del 20 de enero, en el anexo 1, se incluye la cirugía menor en las prestaciones sanitarias sin especificar que sea el médico quien tiene la función de hacerlo. Posteriormente, en el Real Decreto 1277/2003 del 10 de octubre, en el ANEXO II, Definiciones de centros, unidades asistenciales y establecimientos sanitarios, cita textualmente la cirugía menor como oferta asistencial bajo la responsabilidad de un médico, pero no exclusivamente realizada por un médico.

En La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias existe la posibilidad de que ciertas intervenciones como suturas simples y cirugías menores puedan ser realizadas por personal de Enfermería.

Es cierto que, aunque existan estas leyes en el ámbito nacional, Andalucía fue la primera comunidad autónoma que incluyó en su cartera de Servicios la cirugía

menor ambulatoria. Posteriormente, pocas comunidades tienen esta función reconocida. Algunos enfermeros realizan en casos muy concretos y puntuales alguna sutura y drenaje de abscesos, pero no es lo común.

Enfermería no puede suturar y hacer cirugías menores con autonomía, ya que es el personal médico el que tiene la responsabilidad legal del diagnóstico, la necesidad o no de sutura y la responsabilidad de que se realice correctamente, pero si puede delegar la técnica en enfermería y entra dentro de nuestras funciones. En ese caso, será el enfermero el que tenga la responsabilidad legal de que se ejecute la técnica correctamente.

2 Objetivos

- Conocer las principales cirugías menores que se realizan en AP.
- Acercar en términos legales la posibilidad de realizar suturas y cirugías menores por Enfermería en atención primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una lectura exhaustiva de artículos científicos publicados en revistas científicas y bases de datos como ScienceDirect y Pubmed sobre la cirugía menor y las suturas en enfermería, así como búsqueda de legislación en páginas oficiales del Gobierno de España y de las comunidades autónomas.

4 Resultados

Como hemos aclarado en la introducción de este capítulo, aunque la cirugía menor y las suturas sean funciones de medicina, enfermería puede realizarlas siempre y cuando junto al profesional médico, se haya diagnosticado y manifestado la necesidad de suturar una herida o realizar una cirugía menor.

En los servicios de atención primaria y urgencias hospitalarias, a menudo surge la necesidad de suturar una herida. Habitualmente, las suturas que se realizan en estas situaciones son suturas simples, y aunque en muchas ocasiones las realice el médico, a veces por desconocimiento de la enfermera, es una técnica que podemos y debemos realizar.

La sutura simple está compuesta por una aguja a la que va adherida el hilo, llamada atraumática, y puede ser de distintos componentes. La aguja, de acero tem-

plado, puede ser de distintas formas, pero habitualmente en atención primaria y urgencias se usa la aguja curva. El hilo, puede ser absorbible o no absorbible.

La sutura no absorbible se usa para suturas uñas, piel o mucosas y que se retirarán en un tiempo determinado.

La sutura absorbible se usa en lugares en los que la sutura no piensa retirarse, como las subcutáneas o dérmicas.

En atención primaria y urgencias, la técnica más usada es el punto simple. Es el más sencillo y se usa para las heridas traumáticas habitualmente.

El material básico que necesitamos para realizar una sutura es el siguiente:

- Suero fisiológico para limpiar la herida y clorhexidina o povidona yodada para la desinfección de la misma.
- Agujas, jeringas y anestesia subcutánea.
- Paño, guantes, y gasas estériles, sutura, porta-agujas, pinzas con y sin dientes y tijeras.
- Apósito para cubrir la herida en caso de que sea necesario.

En cuanto a las cirugías menores, existen dos tipos de cirugía menor:

- Cirugía menor básica: Se puede realizar en todos los centros de salud donde haya un equipo de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) avanzado. Para realizarla, los profesionales de Enfermería deben tener un curso básico acreditado sobre cirugía menor básica. Además, deben tener formación y acreditación para el uso de medicamentos como anestésicos. En la cirugía menor básica se realizan procedimientos de extirpación local en piel o tejido subcutáneo mediante cauterización, crioterapia, o bisturí eléctrico, así como drenaje hasta en tejido subcutáneo y extracción de cuerpos extraños. El desbridamiento de heridas y/o quemaduras y la extracción de necrosis o tejido desvitalizado en úlceras, también se considera un procedimiento de cirugía menor básica.
- Cirugía menor avanzada: Para realizar estos procedimientos, los profesionales deben tener una formación acreditada y los centros en los que se lleve a cabo, deben tener material específico para ello, es decir, una sala específica para la realización de estos procedimientos. En este caso, los enfermeros que realicen cirugía menor avanzada en cualquier centro de salud, deberán superar un curso acreditado de cirugía menor avanzada, con un periodo de prácticas tuteladas de al menos 210 horas, así como formación y acreditación para dispensar medicación como anestésicos. Se considera cirugía menor avanzada los siguientes procedimientos: Escisiones de piel y tejido subcutáneo local, biopsias de piel y tejidos subcutáneos, extracción ungueal, lecho o pliegue, quimioterapia de la piel con nitrógeno líquido, desbridamiento ungueal, base o pliegue.

Las lesiones a las que puede dar respuesta la cirugía menor con estos proced-

imientos son bastante amplias, se enumeran las más comunes:

- Abscesos, forúnculos, panadizos, uñas encarnadas, verrugas y/papilomas ya sean vulvares, plantares, etc, lipomas, heridas abiertas si no existe complicación mayor y no es una zona de difícil accesibilidad, y si no existe compromiso de las principales estructuras, extracción de cuerpo extraño en tejido blando, neoplasias de fibromas, quistes epidérmicos y/o epidermoides, nevus, queratosis seborreica, hiperqueratosis, cuerno cutáneo, molusco contagioso, punto rubí.

En los centros de salud donde se realicen procedimientos de cirugía menor, debe existir un protocolo de cirugía menor, así como de anestesia para el procedimiento, y un circuito de análisis anatomopatológico para analizar las muestras extirpadas y descartar cualquier lesión de malignidad.

Es función de la enfermera comprobar que dispone de todos los materiales necesarios, explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar y archivar el consentimiento informado, así como comprobar las alergias del paciente y confirmar la identidad del paciente y lesión que va a intervenir.

El material básico para realizar cirugías menores es:

- Mismo material que en la sutura simple.
- Equipo de bisturí eléctrico y puntas para recambio.
- Sistemas de crioterapia.
- Hojas y mango de bisturí frío.

5 Discusión-Conclusión

En el presente capítulo destacamos que existe un debate en torno a la responsabilidad de realizar suturas y cirugías menores en atención primaria y hospitales, y si deben ser llevadas a cabo exclusivamente por médicos o si enfermeros pueden desarrollar un papel activo en ellas. Algunas comunidades autónomas, como Andalucía, han reconocido la capacidad de enfermería para llevar a cabo cirugía menor ambulatoria, y existe una consulta de Enfermería específica para ello en algunos centros de salud.

Aunque la responsabilidad legal del diagnóstico y la necesidad de realizar una sutura o cirugía menor recae en el médico, no excluye la posibilidad de que enfermeros realicen estas técnicas en colaboración con medicina. Esta colaboración interprofesional es esencial para garantizar la seguridad y la calidad de la atención al paciente. Los enfermeros deben contar con una formación y acreditación específica para llevar a cabo cirugías menores, por lo que es muy importante la continua formación y adquisición de habilidades específicas para garantizar la competencia en estas intervenciones.

Que enfermería realice cirugías menores, es muy positivo para los pacientes y la población general, ya que agiliza las listas de espera de quirófano para intervenciones que pueden realizarse en un centro de salud. Sin embargo, todavía hay muchas comunidades autónomas que siguen usando los quirófanos para procedimientos como, por ejemplo, la extirpación de verrugas, ya que no existe regulación de la cirugía menor por enfermería en muchas partes de España.

6 Bibliografía

1. Enfermería puede realizar cirugías menores, pero solo 6 CCAA lo permiten [Internet]. Redacción Médica. [citado el 29 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/enfermeria-puede-realizar-cirugias-menores-pero-solo-6-ccaa-lo-permiten--7074>.
2. España “Un enfermero no puede suturar”. Spain “A nurse cannot suture” [Internet]. Tactical-medicine.com. [citado el 29 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://tactical-medicine.com/blogs/news/espana-un-enfermero-no-puede-suturar-spain-a-nurse-cannot-suture>.
3. Gob.es. [citado el 29 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Manual_enfermeria.pdf.
4. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.[Internet] BOE: Ministerio de Sanidad y Consumo.; 2003. [citado el 29 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-19572-consolidado.pdf>.
5. Real Decreto Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.[Internet]. BOE: Ministerio de Sanidad y Consumo.; 1995. [Citado el 29 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1995/02/10/pdfs/A04538-04543.pdf>.
6. Juntadeandalucia.es. [citado el 29 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/PracAvCirugiaMenor24052011.pdf.
7. Jurado J, Abou-Assali R, López LM. menor (I) [Internet]. Semg.es. [citado el 29 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.semg.es/images/documentos/2019/tecnicas_y_procedimientos_cirugia_menor.pdf.

Capítulo 137

CUIDADOS PALIATIVOS; DEFINICIÓN Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS

JAVIER MARTÍN MACÍAS

JULIA LERIDA CAMUÑAS

ANA MARÍA PÉREZ LÓPEZ

ÁLVARO DURÁN RELAÑO

1 Introducción

Durante las últimas décadas, hemos observado un incremento gradual en la frecuencia de ciertas enfermedades crónicas, acompañado de un envejecimiento continuo de nuestra población.

Los cuidados paliativos comprenden las intervenciones de atención social y de salud dirigidas a individuos que se encuentran en una etapa avanzada o terminal de una enfermedad, con el propósito de prevenir y aliviar el sufrimiento del paciente y mejorar tanto su calidad de vida como la de sus seres queridos.

Estos cuidados se fundamentan en promover la independencia y respeto de la persona, establecer un entorno adecuado, tratar al paciente y su familia como una entidad a cuidar conjuntamente, y brindar una atención comprometida. Además, es esencial reconocer que el paciente en fase terminal requiere un enfoque integral, dado que presenta diversas necesidades en los ámbitos físico, mental, emocional, social y espiritual, las cuales influyen en su sufrimiento y deben ser identificadas y abordadas de manera apropiada.

Existen múltiples definiciones de cuidados paliativos, cada una propuesta por diferentes autores, pero todas comparten similitudes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como una atención integral y activa a pacientes cuyas enfermedades no responden a tratamientos curativos. Estos cuidados se basan en aliviar el dolor y otros síntomas relacionados, y consideran también los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

El objetivo principal es mejorar al máximo la calidad de vida del paciente y su familia. Además, muchos de los principios de los cuidados paliativos pueden aplicarse en etapas anteriores de la enfermedad junto con tratamientos específicos. Mejorar la atención a pacientes en fases avanzadas y terminales representa uno de los desafíos que enfrenta el Sistema de Salud en España. Para abordar este desafío, se requieren diversas medidas que abarcan:

- La implementación de recursos específicos.
- La mejora de la atención en las instalaciones ya existentes, incluyendo la atención primaria, los hospitales generales y los centros de larga estancia.
- La capacitación de profesionales de la salud.
- La educación de la sociedad y su involucramiento a través del voluntariado.

2 Objetivos

- Conocer qué es una enfermedad terminal y las diferentes etapas en las que se divide.
- Exponer algunos de los principales instrumentos y métodos de valoración de un paciente terminal.
- . Mostrar los principales síntomas que padecen los pacientes terminales.

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 empleadas para la búsqueda de artículos han sido “cuidados paliativos” “pacientes terminales” “enfermedad terminal”.

4 Resultados

Una enfermedad terminal es aquella patología que causará o aparecerá en un individuo en la fase final de su vida. Estas enfermedades suelen compartir una serie de características, como la presencia de una enfermedad avanzada e incurable, la falta de respuesta a ningún tratamiento, la presencia de múltiples problemas o síntomas intensos y un pronóstico de vida inferior a los 6 meses.

Para el buen trato y cuidado de los pacientes con este tipo de enfermedades se crearon los cuidados paliativos, que ofrecen una atención integral y constante a los pacientes en quienes el tratamiento médico ya no surte efecto. Se da máxima importancia al manejo del dolor, así como a la gestión de otros aspectos relacionados con la salud mental, el contexto social y las necesidades espirituales. El propósito principal de los cuidados paliativos consiste en garantizar la mayor calidad de vida posible tanto para los pacientes como para sus seres queridos.

Las enfermedades terminales, en líneas generales, se dividen en tres fases; etapa terminal, en la que el pronóstico de vida son meses, el individuo es independiente para la realización de actividades de la vida diaria y no hay síntomas intensos, etapa preagónica, en la que el pronóstico de vida son semanas, el individuo ya presenta dificultad para la realización de estas actividades y los síntomas son intensos, y finalmente la etapa agónica, en la que el pronóstico es inferior a 5 días, los síntomas son máximos, hay mucho sufrimiento por parte de la familia y en general el individuo está sedado todo el tiempo.

Para la valoración del dolor y los síntomas de los pacientes paliativos existen numerosas escalas, clasificaciones y evaluaciones de gran utilidad que nos servirán para conocer, tratar y paliar el dolor de los pacientes, siendo la más usada y conocida el sistema de clasificación de síntomas Edmonton Symptom Assessment System (ESAS).

Para evaluar el estado funcional, la principal escala utilizada es la escala de Karnofsky, que clasifica el estado funcional del individuo, siendo 100 el resultado vida normal y 0 la muerte. Esta escala se lleva a cabo a partir de aspectos de la actividad, el trabajo y el autocuidado.

Además, encontramos otros sistemas de evaluación de la calidad de vida, como la escala de medida de la repercusión funcional de la enfermedad oncológica o Índice Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), y para la evaluación de la esfera emocional, encontramos test específicos de ansiedad y depresión y escalas visuales de ansiedad/angustia y depresión/tristeza.

En cuanto a la sintomatología presente en los pacientes terminales, los principales problemas que aparecen en estos pacientes en fases avanzadas son insom-

nio, estreñimiento, anorexia, debilidad, ansiedad, depresión y dolor, entre otros. Los principales síntomas se pueden dividir en función del sistema o aparato del organismo al que afecta;

- Síntomas digestivos; anorexia, náuseas y vómitos, estreñimiento, caquexia y sequedad y lesiones bucales. La gran mayoría de ellos se derivan de la debilidad del paciente y del uso de opiáceos o antidepresivos.

- Síntomas respiratorios; disnea, tos, hipo y estertores pre-mortem, causados en su mayoría por la irritación del aparato respiratorio.

- Síntomas neuropsicológicos; insomnio, ansiedad, depresión y delirium o estado confusional, causados principalmente por la cercanía a la muerte.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, en las últimas décadas, hemos sido testigos de un aumento gradual en la prevalencia de enfermedades crónicas, en paralelo con el continuo envejecimiento de la población. Los cuidados paliativos se destacan como una atención integral y activa destinada a pacientes en fases avanzadas o terminales de enfermedades, con el objetivo primordial de prevenir y aliviar el sufrimiento del paciente y mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de sus seres queridos. Estos cuidados se basan en promover la independencia y el respeto de la persona, así como en ofrecer una atención comprensiva y comprometida. Además, se reconoce la necesidad de abordar las múltiples dimensiones del sufrimiento del paciente en fase terminal, incluyendo aspectos físicos, mentales, emocionales, sociales y espirituales.

La atención a pacientes terminales se presenta como un desafío importante para el sistema de salud, y para abordarlo adecuadamente se requieren medidas que van desde la implementación de recursos específicos hasta la capacitación de profesionales de la salud y la participación activa de la sociedad.

En cuanto a las enfermedades terminales, se dividen en tres etapas: la etapa terminal, la etapa preagónica y la etapa agónica, cada una con características específicas. Para evaluar y gestionar el dolor y los síntomas de los pacientes paliativos, se emplean diversas herramientas, como la escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) y la escala de Karnofsky para medir el estado funcional. También se utilizan métodos de evaluación de la calidad de vida y la esfera emocional.

Los síntomas más comunes en pacientes terminales incluyen insomnio, estreñimiento, anorexia, debilidad, ansiedad, depresión y dolor, que afectan diferentes sistemas del cuerpo. La comprensión y el manejo adecuado de estos síntomas son esenciales en la atención de pacientes en fase terminal.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/palliative-care>.
2. Centeno Cortés C, Gómez Sancho M, Nabal Vicuña M, Pascual López A. Manual de medicina paliativa. 1.a ed. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.(EUNSA); 2009.
3. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos [Internet]. SECPAL. 2002. Disponible en: <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>.

Capítulo 138

BANCO DE LECHE MATERNA. ACTUACIÓN ENFERMERA

BEATRIZ BEAMUD MOLINA

JULIA GARRIDO PÉREZ

CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO

MARÍA MORA CORRAL

LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN

1 Introducción

Un banco de leche es una unidad especializada dentro de los hospitales, que proporciona leche materna donada por madres. Aquí se recibe, procesa, almacena y se prepara para las unidades de cuidados intensivos que la necesiten. Es un hecho conocido mundial que la leche materna es la mejor alimentación. Es por esto por lo que surgieron los primeros bancos de leche para poder proporcionar leche materna a recién nacidos prematuros o recién nacidos enfermos (1).

Es tal la importancia de los bancos de leche, que la asociación española de pediatría recomendó la existencia de al menos un banco de leche por comunidad autónoma. En España el primer banco de leche se inauguró en 2001 en las Islas baleares ubicado en la propia unidad de neonatología (2). Pero el origen de los primeros bancos de leche se remonta a inicios del siglo pasado, con la figura de las nodrizas. Mujeres que cuidaban a los hijos de las familias de clase alta, y que además les alimentaban con su leche materna.

Con la creación de los bancos de leche no solo se consigue ayudar a los recién nacidos que más lo necesiten, sino que es un gran apoyo para las estrategias de promoción de la lactancia materna siendo cada vez más innovadores y con mejor calidad para ofrecer a nuestros pequeños.

2 Objetivos

- Analizar la importancia de la creación e investigación acerca de los bancos de leche materna.
- Describir el papel de los profesionales de enfermería en los bancos de leche.

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

El funcionamiento de un banco de leche es sencillo y el objetivo principal es poder obtener la leche con la máxima calidad para poder ofrecerla a los recién nacidos. El primer paso es la selección de las mujeres que donaran su leche. Deben tener unas características específicas (2):

- Estar sanas y llevar estilo de vida saludable
- Mujeres cuyos hijos están ingresados en la unidad neonatal y tienen leche para su hijo y aun así podrían ofrecer más. Para este caso deben esperar al menos 3 semanas desde el momento del parto.
- Si mujer ha sufrido el fallecimiento del recién nacido y desea donar su leche materna.

Además de todas estas características, se les realiza una entrevista personal para obtener datos y se realizan análisis de sangre para descartar enfermedades como el VIH, Hepatitis B y C entre otras enfermedades. Para garantizar que la leche ofertada será la mejor, debe sufrir un proceso para conseguir que todas las bacterias y virus quedan erradicados. Esto se consigue gracias al método Holder, que consiste en calentar la leche a 62,5°C durante media hora para después provocar

una bajada rápida de temperatura hasta los 4°C (2). También se extraen muestras para ver qué cantidad de proteína, grasa y lactosa posee. Después la leche se congela y almacena hasta que sea necesario su uso.

Del otro lado tenemos los recién nacidos que van a recibir esta leche materna. Los principales receptores son los recién nacidos que tengan muchas posibilidades de padecer enterocolitis necrotizante, enfermedad que provoca inflamación y necrosis de los tejidos del colón. Dentro de los recién nacidos incluimos los que nacen antes de la semana 32 o con un peso menor a 1,5 kg (2).

El papel de enfermería es importante durante todo el embarazo, pero cobra aún más importancia cuando existen episodios que lo cambian todo, como puede ser un recién nacido prematuro grave. Desde Atención Primaria, las matronas deben fomentar la lactancia materna, explicando las múltiples opciones de alimentación, pero dejando claro cuál es la más beneficiosa para nuestro bebé. Por otro lado, si somos enfermeras en una planta de maternidad o en neonatos y vemos que se nos presenta esta situación, debemos guiar a la familia en el proceso mediante la promoción de los bancos de leche materna, explicándoles el proceso y atendiendo todas sus dudas. Destacar que en los bancos de leche materna que hay en los hospitales, aparte del médico neonatólogo encargado, las responsables de recibir, procesar y organizar las muestras son enfermeras que se han formado en ello.

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy existen múltiples opciones para alimentar a los más pequeños. Una de las mejores y más novedosas son los bancos de leche materna, proporcionando leche de la mejor calidad a los recién nacidos que por diversas circunstancias no la puedan recibir directamente de su madre.

Como profesionales de la salud nuestro papel recae en informar y promocionar la lactancia materna, haciendo siempre saber que es la mejor opción de alimentación para los recién nacidos, porque les proporciona todo lo necesario para estar protegidos frente a grandes infecciones.

Las enfermeras debemos estar al día de estos avances tan importantes en nuestra labor, recibiendo formación continua para actualizar conocimientos, formación en higiene, controles de calidad, seguridad, manipulación, legislación y sobre todo en lactancia materna para continuar promocionándola.

6 Bibliografía

1. Calvo J, García Lara NR, Gormaz M, Peña M, Martínez Lorenzo MJ, Ortiz Murillo P, et al. Recomendaciones para la creación y el funcionamiento de los bancos de leche materna en España. *Anales de Pediatría*. 1 de julio de 2018;89(1):65.e1-65.e6.
2. ¿Qué es un banco de leche? – Asociación Española de Bancos de Leche Humana [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://aebhlh.org/que-es-un-banco-de-leche/>

Capítulo 139

VACUNANDO FRENTE AL ROTAVIRUS.

EMMA MARTÍN MAÑAS

MARIA MANZANEQUE CAÑADILLAS

NATALIA ISABEL GALLARÍN VALVERDE

NOELIA VALVERDE BAEZA

ADELA CUENCA ARANDA

1 Introducción

El Rotavirus (RV) es la causa principal de la diarrea grave en la población infantil. Se trata del principal virus causante de gastroenteritis aguda en la población pediátrica que va a infectar a casi todos los niños en sus primeros cinco años. Prácticamente todos los niños antes de llegar a los 2 años de vida habrán pasado un episodio de gastroenteritis ocasionada por Rotavirus.

La transmisión se produce de manera fecal-oral. Los niños pueden adquirirla o bien por el contacto con otros niños que ya estén enfermos, o generalmente a través de las manos de sus padres o de sus cuidadores principales.

En España, el Rotavirus es el causante del 14% al 30% de todos los casos de gastroenteritis aguda (GEA), y además, aproximadamente una cuarta parte de todos estos casos, van a requerir que el niño sea hospitalizado.

En España, existen dos vacunas comercializadas frente al Rotavirus (RV). Se trata de Rotarix y RotaTeq. Actualmente no se encuentran bajo financiación por el sis-

tema sanitario público, tan solo en la Comunidad Autónoma de Castilla y León y en en aquellos niños nacidos prematuros con menos de 32 semanas de gestación. Por ello, menos en estas dos excepciones mencionadas, la vacuna deberá ser comprada en las farmacias por los padres que deseen administrarla a sus hijos. La pauta completa estaría compuesta por 2 dosis en el caso de la vacuna Rotarix, y por 3 dosis en el caso de RotaTeq.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- Conocer la infección producida por el Rotavirus en la población infantil.
- Describir las vacunas existentes frente al Rotavirus.
- Aclarar los conceptos básicos acerca de la vacunación frente a Rotavirus para poder realizar el procedimiento de la mejor manera posible como profesionales de la Enfermería Pediátrica.

3 Metodología

Para la elaboración del actual trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente acerca del tema. Se ha realizado la búsqueda utilizando las principales bases de datos como Pubmed y Scielo. Se han seleccionando artículos científicos en español publicados en los últimos 5 años.

4 Resultados

En España, las vacunas frente al Rotavirus (RV) están disponibles para su administración desde el año 2006, sin embargo, no han estado ni recomendadas ni mucho menos financiadas por el Sistema Nacional de Salud.

Por su parte, la Asociación Española de Pediatría (AEP), sí que lanzó y sigue lanzando sus recomendaciones y estas vacunas son administradas bajo prescripción de los pediatras. Gracias a ellas, se ha podido alcanzar una cobertura de vacunación intermedia.

La vacunación frente al Rotavirus debe iniciarse a partir de la semana 6 de vida y antes de la semana 12. Las dosis deben administrarse separadas entre sí por al menos 1 mes. Por otro lado, en el caso de Rotarix, la pauta debe estar administrada

al completo antes de las 24 semanas de vida, en el caso de RotaTeq, antes de la semana 33 de vida.

La administración es sencilla, y no es dolorosa, ya que se realiza por vía oral. El niño debe "beber" la vacuna. Sin embargo, a pesar de su aparente sencillez de administración, la Asociación Española de Pediatría (AEP) y los propios laboratorios aconsejan que sea administrada por un profesional sanitario cualificado.

Es muy importante recordar y tener presente que las vacunas no son intercambiables, es decir, la vacunación debe siempre completarse con el mismo preparado de vacuna (Rotarix o RotaTeq).

Esta vacuna puede coadministrarse sin ningún problema, cualquiera de las vacunas del calendario infantil puede administrarse conjuntamente a esta. De hecho, La Asociación Española de Pediatría (AEP) considera y recomienda, que un buen momento para la administración es simultáneamente con las vacunas de los 2 meses de vida.

Ambas vacunas han demostrado ser seguras en todos los estudios que se han realizado buscando posibles efectos secundarios graves. Algunos de los efectos adversos de los que podemos hablar son vómitos, diarrea o fiebre moderada. Se ha comunicado algún caso de broncoespasmo, urticaria y de invaginación intestinal. Esta última contraindicación puede darse con más probabilidad en niños más mayores, debe observarse y acudir de forma urgente al servicio de Urgencias Pediátricas si se da algún síntoma que pudiera estar asociado.

El objetivo principal de la vacunación frente el Rotavirus (RV), no es otro que reproducir la infección en una forma "más leve" y proteger así a los más pequeños de enfermedad grave en sus primeros meses de vida. Previniendo así, hospitalizaciones e ingresos en nuestra población pediátrica. Es por esto, que la Asociación Española de Pediatría recomienda encarecidamente la vacunación frente a rotavirus en todos los lactantes y extiende su recomendación a los prematuros hospitalizados.

Los prematuros son especialmente vulnerables a este virus, no solo por ser más propenso a adquirir esta y cualquier infección, sino también por las complicaciones gastrointestinales que puede producir.

La vacunación frente a Rotavirus en prematuros se realiza con un preparado llamado RotaPrem, y ha mostrado eficacia y seguridad muy similar a las vacunas

de los niños a término.

La AEP recomienda que si el prematuro aún permanece ingresado cuando le corresponde la fecha de vacunación, esta debería iniciarse en el servicio de Neonatología adoptando las medidas de higiene oportunas, sin retrasos en su administración.

Se ha visto que la vacuna se utiliza menos en prematuros que se encuentran hospitalizados. Uno de los motivos, es que se temía un riesgo de que se produjera una transmisión horizontal a través de la eliminación del virus vacunal a través de las heces, y su posible diseminación al resto de niños en la unidad.

Sin embargo, existen varios estudios que han evaluado este riesgo y ninguno detectó ningún caso de enfermedad nosocomial por Rotavirus (RV) en el resto de niños no vacunados en la unidad. Por lo tanto, la transmisión horizontal del Rotavirus (RV) vacunal, podría ser posible, pero no queda documentada en ningún estudio, lo que sugiere que exista un riesgo muy bajo de que esto ocurra.

Con los datos que existen a día de hoy, el riesgo beneficio indicaría que la utilización de la vacuna en las unidades neonatales estaría indicada. Esperar hasta después del alta para la vacunación, puede que suponga que se supere la edad indicada para recibir el preparado y que por lo tanto, se vea reducida la cobertura o que aparezcan otros efectos secundarios.

Como cada año, este año 2023 no es menos y el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP) lanzó sus recomendaciones de vacunación e inmunización para los niños, adolescentes y embarazadas de España y por supuesto, siguiendo sus recomendaciones, todos los lactantes deberían recibir sus vacunas contra el Rotavirus, incluidos los recién nacidos prematuros en sus unidades de neonatología.

5 Discusión-Conclusión

Toda la información analizada y toda la que existe actualmente disponible respalda la gran importancia de la vacunación frente al Rotavirus (RV) en todos los lactantes pequeños.

La importante carga de la enfermedad por Rotavirus (RV) en España entre nuestros pequeños y la gran efectividad y seguridad de las vacunas que tenemos disponibles, nos llevan una vez más, a no dejar de recomendar la vacunación

frente a este virus como profesionales de la Enfermería Pediátrica. A pesar de que las recomendaciones nacionales y de que la no financiación de estas vacunas por el sistema de salud público juegue en nuestra contra en muchas ocasiones.

Seguramente, y todos los profesionales sanitarios del sector pediátrico esperamos que todas estas evidencias puedan en algún momento permitir que se produzca una reevaluación de las recomendaciones nacionales sobre la vacunación frente a Rotavirus (RV).

6 Bibliografía

1. Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Vacuna del rotavirus [Internet]. En Familia AEP. 2023. Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/>
2. Javier Álvarez Aldeán, Susana Ares Segur, Celia Díaz González, Abián Montesdeoca Melián, Rubén García Sánchez, Héctor Boix Alonso, David Moreno-Pérez en representación de la Sociedad Española de Neonatología (SENeo) y del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP). Recomendaciones para la vacunación frente al ROTAVirus de los recién nacidos PREMaturos (ROTAPREM). Anales de Pediatría [Internet]. Septiembre 2019.; 91 (3). Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/>
3. Álvarez-Aldeán, J; Salamanca de la Cueva, I. Vacunación frente a rotavirus en niños prematuros: una cuestión de tiempo. Acta pediátr.esp; Acta pediátr. esp . 2020; 78(3/4)
4. Francisco José Álvarez García, María José Cilleruelo Ortega, Javier Álvarez Aldeán, María Garcés-Sánchez, Elisa Garrote Llanos, Antonio Iofrío de Arce, Abián Montesdeoca Melián, María Luisa Navarro Gómez, Valentín Pineda Solas, Irene Rivero Calle, Jesús Ruiz-Contreras, Pepe Serrano Marchuet. Calendario de inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2023. Anales de Pediatría. 2023; Volume 98. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.10.002>.
5. Javier Díez-Domingo, María Garcés-Sánchez, Francisco Giménez-Sánchez, Javier Colomina-Rodríguez, Federico Martín-Torres. ¿Qué hemos aprendido sobre rotavirus en España en los últimos 10 años? Anales de Pediatría. 2019. Volume 91, Issue 3. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.01.024>.
6. Susana López, Carlos F Arias. Genómica de rotavirus. Impacto en salud pública. Salud pública Méx. 2022; 62(1). Disponible en: <https://doi.org/10.21149/9965>
7. Anai García Fariñas, Isabel Pilar Luis Gonzálvez, Nevis Amin Blanco, María Eugenia Toledo Romaní, Nivaldo Linares Pérez. Costo-efectividad de la vacunación

contra rotavirus. Rev Cubana Salud Pública. 2020; 45 (3).

Capítulo 140

PAPEL DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN LA PREVENCIÓN Y CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL

ÁLVARO DURÁN RELAÑO

JAVIER MARTÍN MACÍAS

ANA MARÍA PÉREZ LÓPEZ

JULIA LERIDA CAMUÑAS

1 Introducción

El cáncer colorrectal (en adelante CCR) es el tercer tipo de cáncer más común en el mundo y la variedad más diagnosticada en España. Pese a ello, debido a la implantación de programas de cribado que actualmente son gestionados por el personal de enfermería en atención primaria y en los que se invita a participar a todas aquellas personas con una edad comprendida entre los 50 y los 69 años, se estima que el 90% de los pacientes a quienes se les detecta el CCR de manera precoz sobreviven. Aunque los mayores factores de riesgo son la edad a partir de los 50 años y los antecedentes familiares de lesiones intestinales como CCR, pólipos intestinales o enfermedad inflamatoria intestinal, existen otros factores de riesgo fácilmente modificables como la mala alimentación, el sedentarismo, la obesidad y el consumo de alcohol y tabaco que pueden reducir la incidencia del

CCR cambiando determinados hábitos de vida. El objetivo es que este programa de cribado cubra al 100% de la población, de manera que la incidencia del CCR sea la mínima posible y se puedan detectar el mayor número de casos antes de que desarrollen lesiones de gravedad que puedan poner en riesgo la salud del paciente.

El CCR fue el tipo de cáncer más diagnosticado en España en el año 2018. Sin embargo, en los últimos años se ha avanzado en la detección precoz del CCR, lo que supone que se supere en el 90% de los casos en los que se detecta precozmente. El cribado del CCR se realiza principalmente a través de un test de sangre oculta en heces que se realiza periódicamente de manera anual o bienal en ambos sexos a partir de los 50 años, aunque hay pruebas complementarias como la colonoscopia y la sigmoidoscopia.

La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) estima que entre el 5 y el 8% de quienes se realizan la prueba tienen un resultado positivo en CCR. En España el seguimiento del programa de detección precoz del CCR lo lleva a cabo el personal de enfermería que trabaja en atención primaria, el cual se encarga de hacer la primera consulta con el paciente, informar sobre la importancia del screening y la prevención y en caso necesario, gestionar la realización de la colonoscopia por parte de la Unidades Hospitalarias de Aparato Digestivo. Previamente se le ha tenido que realizar un test de sangre oculta en heces (TSOH) y sólo los pacientes que son positivos entran en el programa.

Los factores de riesgo de aparición de CCR son:

-Dieta:

El consumo de alcohol y de carnes rojas y procesadas, además de las dietas ricas en grasas, favorecen la aparición del CCR.

-Obesidad:

Hay suficientes evidencias de que hay un incremento del riesgo de aparición de CCR en aquellas personas que padecen sobrepeso, siendo el riesgo mayor en hombres que en mujeres. La obesidad aumenta en mayor medida la posibilidad de padecer cáncer de colon frente al cáncer de recto. Sin embargo, en estadios avanzados la obesidad no aumenta la mortalidad

-Tabaquismo:

Hay suficientes evidencias de que fumar tabaco provoca la aparición de CCR, con un aumento de la probabilidad similar de que surjan tumores en fumadores y ex-fumadores. Hay estudios que revelan que el riesgo de sufrir CCR aumenta con la cantidad y la duración del consumo diario de tabaco. El riesgo es considerablemente mayor para el cáncer rectal que para el de colon.

-Otras patologías digestivas:

El haber padecido previamente algún otro tumor o tener enfermedades crónicas del colon, como la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, o enfermedades en los que se desarrollan múltiples pólipos en el colon aumentan el riesgo de sufrir CCR.

El riesgo de CCR es mayor que en la población general, el primer año después de la diverticulitis aguda. Esto probablemente representa un diagnóstico erróneo de CCR como diverticulitis aguda. Se debe recomendar una colonoscopia de seguimiento a todos los pacientes ingresados con diverticulitis aguda.

Existe una asociación bien documentada entre la colitis ulcerosa crónica y la neoplasia de colon, constituyendo un determinante fundamental la extensión, duración y actividad de la enfermedad. Aunque los datos disponibles son mucho menos consistentes, la enfermedad de Crohn se asocia con un riesgo relativo similar de malignidad al de la colitis ulcerosa extensa.

La diabetes mellitus se asocia con un elevado riesgo de CCR. Una posible explicación que vincula la diabetes con el CCR es la hiperinsulinemia, porque la insulina es un importante factor de crecimiento para las células de la mucosa del colon y estimula las células tumorales del colon. Además de aumentar el riesgo de la enfermedad, la diabetes también puede influir en el pronóstico entre los pacientes con CCR.

El hecho de haber sufrido un cáncer colorrectal previo aumenta el riesgo de un segundo cáncer colorrectal. Así, en las visitas de seguimiento se vigila la aparición de segundos tumores.

2 Objetivos

Determinar cuál es el papel de la enfermería comunitaria en la prevención de la aparición del CCR y en los programas de cribado.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda exhaustiva de artículos en algunas de las principales bases de datos científicas y sanitarias como Pubmed, SciELO, Fistera, Scopus, Catálogo FAMA de la Universidad de Sevilla y Google Académico. De esta búsqueda se seleccionan 16 artículos que se ajustan a nuestras necesidades, de los cuales 8 son finalmente empleados para la realización de este artículo.

Así mismo, se consultan las páginas webs de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de

Andalucía, del Ministerio de Sanidad, del Gobierno de España, la AECC, la Sociedad

Española de Oncología Médica y de la Fundación Española del Aparato digestivo, que aportan información sobre los números del CCR en España y sus programas de cribado.

4 Resultados

El CCR es el cáncer más diagnosticado en España, siendo su incidencia algo superior en hombres respecto a las mujeres. Pese a ser el tercer cáncer que mayor número de muertes causa en España, el 90% de los casos diagnosticados de manera precoz sobreviven y su tasa de supervivencia es del 64% a los cinco años de ser diagnosticado.

Estos datos muestran la importancia que tiene el cribado del CCR. El hecho de que sea el tipo de cáncer más diagnosticado indica que la cobertura de los programas de cribado de las distintas comunidades es muy amplia y su alta tasa de supervivencia en los casos detectados precozmente muestra que el cribado del CCR es eficaz y evita que el CCR se desarrolle, llegando a estadios más graves.

Por ello es importante que desde el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España se fomente que todas las consejerías de sanidad de las 17 Comunidades Autónomas estandaricen sus programas de cribado del CCR, de manera que entre todas puedan localizar puntos débiles y puntos fuertes de sus protocolos y así maximizar la efectividad de éstos.

El personal de enfermería en atención primaria es el encargado de gestionar el inicio de este programa de cribado, por lo que es en la consulta de enfermería donde todo comienza y donde se explica a los pacientes en qué consiste el programa y por qué es importante que se animen a participar en él.

El papel de enfermería no solo se reduce a la citación de pacientes para hacerse las pruebas necesarias para el screening del CCR, sino que también deben informar acerca de cómo prevenir la aparición del CCR, enseñando al paciente cuáles son los factores de riesgo, de manera que se les explique qué medidas son eficaces para reducirlos.

5 Discusión-Conclusión

El CCR es una variedad de cáncer que pese a su alta incidencia se puede evitar con facilidad con medidas de prevención adecuadas que cambien los hábitos de vida y con un programa de cribado eficaz que detecte posibles lesiones antes de que se manifiesten. El screening del CCR lleva años en España y en él participa cada vez más gente.

El personal de enfermería juega un papel clave en la prevención de la aparición del CCR. Es obligación de ellos informar sobre cómo una mala alimentación, el sedentarismo, consumo de alcohol y tabaco y la obesidad pueden provocar la aparición de lesiones que den lugar al CCR, especialmente a aquellos pacientes que son considerados de alto riesgo.

El papel de la enfermería en la prevención del CCR debería ser mayor y no limitarse tan solo a dar las indicaciones citadas con anterioridad a los pacientes con alto riesgo de padecer CCR, sino que se deberían aconsejar a todo el mundo, independientemente de su edad o riesgo, de manera que estas medidas se tomen lo antes posible y sean más efectivas. Una buena manera sería concienciar a la población desde la juventud sobre cómo una dieta saludable, abstenerse de alcohol y tabaco y la actividad física previenen la aparición del CCR y de otras muchas enfermedades, además de explicarles la importancia que tienen los programas de cribado y enseñarles en qué consisten.

6 Bibliografía

1. Rosales Zabal JM, Sánchez Yagüe A. Cáncer colorrectal. Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD); 2020. Disponible en: <https://www.saludigestivo.es/mes-saludigestivo/cancer-de-colon/cribado-delcancer-colorrectal>
2. Fernández Echegaray R, Bayo Lozano E, Garrucho Moreno J, Hervás Molina AJ, Romero Gómez M, Sánchez Pérez MJ. Actualización del Cribado de Cáncer Colorrectal en Andalucía. Plan integral de Oncología de Andalucía. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. 2019. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/InformeGeneralCCR2018_v1.pdf
3. Schreuders EH, Ruco A, Rabeneck L, Schoen RE, Sung JY, Young JP, Kuipers EJ; Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes; Gut. 2015. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26041752>
4. IARC. Colorectal cancer screening. IARC Handb Cancer Prev. 17:1–300. 2019. Disponible en: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/>

5. Ding PQ, Batra A, Xu Y, McKinnon GP, Cheung WY; Obesity and Its Impact on Outcomes in Patients With Stage III Colon Cancer Receiving Adjuvant Chemotherapy; 2020.
7. Azhar N, Buchwald P, Ansari HZ, Schyman T, Yaqub S, Øresland T, Schultz JK; Risk of colorectal cancer following CT-verified acute diverticulitis -a nationwide population-based cohort study; 2020.
8. López Moreno JM, Zorrilla Ayllón I. Cáncer y cuidados enfermeros. Cáncer colorrectal. 2ª ed. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2018. p. 311-30.

Capítulo 141

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL CÁNCER PARA ENFERMERÍA

JUAN SATURIO SANTOS

MARÍA DEL PILAR ROMERO BARRAGÁN

RAÚL FERNÁNDEZ DE MARCOS DE LA MORENA

CRISTINA HERNÁNDEZ MORENO-MANZANARO

MARIA DE LOS DOLORES OCAÑA MORAGA

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud ha definido el término cáncer como un amplio grupo de enfermedades que afectan a cualquier parte del cuerpo. El cáncer puede suponer un problema de salud en un nivel mundial y una de las causas más importantes de mortalidad. Las células de carácter canceroso proliferan sin medida alguna, ajenas al posible control de los organismos de origen pluricelular, por medio de la mitosis de forma y anómala que se extiende más allá del límite normal e invadir las partes adyacentes del cuerpo, se propaga a otros órganos. Estas se derivan de una única célula que en algún momento de los anteriores se ha experimentado una mutación que puede alterar el programa normal de proliferación.

El cáncer es un problema serio que está aumentando en todo el mundo. Se da más en pacientes de 50 años en adelante y en bastantes países es más común en los

hombres que en las mujeres, esto se debe a que los hábitos de riesgo o exposición al sol forma parte algunas profesiones. Es una de las enfermedades de carácter multifactorial, en la que el consumo de tabaco y el alcohol pueden jugar un papel bastante importante, pero esto se puede prevenir evitando los factores de riesgo que son pertinentes, así como el acudir a revisiones de forma anual al dentista.

2 Objetivos

- Realizar una breve introducción sobre el cáncer, para actualizar los conocimientos sobre esta patología entre los profesionales de Enfermería.
- Destacar la importancia de su prevención y diagnóstico precoz, puesto que son fundamentales en su tratamiento.

3 Metodología

Para realizar este artículo, hemos realizado una exhaustiva búsqueda en portales científicos, utilizando estos como fuente de información primaria. Dichos portales son: Scielo, Pubmed, Revista Enfermería Española. etc.

Una vez contrastada, asimilada y revisada la información, hemos redactado esta publicación de una forma simple, clara y esquemática, utilizando siempre el máximo rigor científico y deontológico.

4 Resultados

El desarrollo de cáncer que ocurre en el ser humano puede ser un proceso muy complejo que ocurre durante incluso muchas décadas.

La carcinogénesis se conoce como el mecanismo por el cual se llega a desarrollar una neoplasia o cáncer en su forma maligna. En la última década, se viene estudiado en profundidad los mecanismos moleculares que se pueden encontrar involucrados en el proceso del desarrollo del cáncer, como en el de la detección molecular de los marcadores de antiapoptótico bcl-2, o los marcadores de proapoptóticas pasa 3 y los marcadores de proliferación celular Ki-67 que puede informar de la situación aproximadamente severa del paciente en cuanto al proceso del cáncer. En esta vía, varios autores, se observa que las alteraciones con estas proteínas se suman a los estados premalignos en las epiteliales que crean estados en las células de hiperproliferación que llegan a favorecer la adquisición de errores en los factores oncogénicos confiriendo una capacidad invasiva. Las células que están

bajo una amenaza de forma constante de varios factores que son citotóxicos y mutagénicos que dañan el ADN, estos pueden clasificarse en endógenos o exógenos. De ahí la importancia de enfermería en el papel de prevención y educación para la salud.

Esta mutagenicidad se puede adquirir cuando los genes y las proteínas que se detectan y se reparan el ADN pueden ser inactivados, dando como resultados células mutagénicas con posibles sobrecrecimiento en los descendientes que han sido mutados, puesto que además la apoptosis, es un proceso por el que se eliminan las células que han sido, se encuentra inactivo. La diferencia entre las células normales y las neoplásicas está en la estimulación mitogénica, esto quiere decir, que, la proliferación celular que es normal, depende de los factores de crecimiento que son externos en su alrededor, mientras que las células neoplásicas tienden a tener una dependencia reducida debido a las actividades que tienen los oncogenes que generan una estimulación propia.

Son numerosas las distintas observaciones que nos indican que muchas, por no decir casi todas, las células que son tumorales y se comparten unos cambios fisiológicos, se llaman capacidades adquiridas, y son suficientes para explicar lo que es el comportamiento maligno que se caracteriza a las células que son cancerosas, ya que se incluyen las habilidades como las que se pueden generar en sus propias señales mitóticas, para evitar la apoptosis y la capacidad para invadir y metastatizarse, características de las células neoplásicas.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, el riesgo de padecer un cáncer puede aumentar con la edad, de forma especial en pacientes de más de 50 años. Los factores de riesgo como el tabaco, el alcohol o las lesiones potencialmente que son malignas, los factores genéticos o algunos tipos de virus pueden aumentar las probabilidades de poder padecerlo. El diagnóstico puede ser precoz, ya que así se puede mejorar el pronóstico en estos pacientes, se hace una recomendación a los médicos de Atención Primaria, y realicen exploración general, anamnesis. antecedentes y factores de riesgo. Teniendo en cuenta de los distintos factores de riesgo y ante una pequeña sospecha, es fundamental realizar un estudio más exhaustivo, como una analítica, una biopsia o la realización de un estudio más amplio por un especialista. Por supuesto, no dejar de lado la revisión continua.

Muy importante es el papel de la Enfermería en el manejo del paciente on-

cológico, en todas sus etapas. Implica tener dominio de los procedimientos que deben realizarse en distintos escenarios, desde la promoción de un estilo de vida saludable hasta la prevención, el diagnóstico de la enfermedad y las etapas siguientes, donde tiene un papel fundamental a todos los niveles.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- 2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.
- 3.<https://www.scielo.org/es/>.
- 4.<https://postgrados.uss.cl/noticias/cual-es-el-rol-de-enfermeria-en-pacientes-oncologicos/#::text=Ayudar%20a%20los%20pacientes%20a,c%C3%A1ncer%20durante%20todo%20el%20tratamiento.>

Capítulo 142

LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA Y FÁRMACOS EMPLEADOS

JUAN SATURIO SANTOS

MARÍA DEL PILAR ROMERO BARRAGÁN

RAÚL FERNÁNDEZ DE MARCOS DE LA MORENA

CRISTINA HERNÁNDEZ MORENO-MANZANARO

MARIA DE LOS DOLORES OCAÑA MORAGA

1 Introducción

La inducción anestésica es el proceso a través del cual se comienza la anestesia durante un procedimiento quirúrgico o exploratorio (1).

Para iniciar este procedimiento es preciso monitorizar previamente al paciente utilizando diversos dispositivos y sensores que permiten medir y controlar sus funciones vitales, de este modo es posible conocer su estado cardiorrespiratorio, esencial para comprender el estado clínico del paciente (1).

Al monitorizar al paciente, es posible detectar de forma previa cualquier alteración en el estado general y actuar en consecuencia. La monitorización se puede realizar de forma invasiva y no invasiva. Se utilizarán unos métodos u otros dependiendo de la situación a manejar (1).

Es importante señalar que, tanto en la anestesia para adultos como infantil, es imprescindible tener en cuenta la buena elección del método, pero también es muy importante elegir adecuadamente los agentes anestésicos que se van a emplear

y la dosificación de los mismos, además de tener especial consideración con el estado psicológico del paciente (1).

Además de la monitorización, durante la inducción anestésica se utilizan gran variedad de fármacos, aunque se pueden resumir según el grupo al que pertenecen en analgésicos, hipnóticos y relajantes musculares, tras lo cual procederá iniciar el control de la vía aérea mediante la intubación endotraqueal, cuyo proceso presenta gran complejidad y precisa de descripción detallada (1).

2 Objetivos

- Describir las características generales y fármacos empleados en la inducción anestésica.
- Indicar las funciones de enfermería en cada paso a proceder y en cada caso.

3 Metodología

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

4 Resultados

La inducción, como comienzo de la anestesia, pretende obtener tres objetivos para poder garantizar su correcto funcionamiento, estos son la analgesia, hipnosis y relajación muscular (1).

Estos objetivos se conseguirán a través de la administración y manejo de fármacos por vía intravenosa (1).

Es importante destacar que algunos de estos fármacos producirán depresión respiratoria, por lo que la anestesia siempre requiere preoxigenación del paciente mediante el uso de mascarilla facial acorde a la talla del paciente (1).

En el caso de los niños pequeños también se puede utilizar un anestésico inhalatorio, como puede ser el sevoflurano, que inicia la fase de hipnosis del paciente. Mediante la preoxigenación se permite aumentar el tiempo de apnea sin reducir la concentración de oxígeno en la sangre y aumentando las reservas del mismo

en el organismo (1).

Los fármacos utilizados durante el proceso de inducción anestésica se clasifican según sean analgésicos, hipnóticos o relajantes musculares (2):

-Analgésicos:

En este caso el fentanilo es el morfíco de mayor uso en anestesia, es hasta 100 veces más potente que la morfina y se metaboliza en el hígado. El remifentanilo también es muy utilizado, más potente que el fentanilo pero tiene una vida media más corta, además es independiente de la función hepática y renal.

-Hipnóticos:

El propofol es el sedante e hipnótico más utilizado, presenta acción corta pero con un comienzo de acción y recuperación rápidas, sin presentar grandes cambios hemodinámicos, es decir, mantiene las constantes vitales muy estables.

-Relajantes musculares:

Si se utilizan estos fármacos, será preciso intubar al paciente, puesto que este dejará de respirar por sí mismo. Estos pueden ser:

1. Despolarizantes, usados principalmente en intubación difícil y emergencias por presentar una vida media corta y ultracorta (3), como por ejemplo la succinilcolina.
2. No despolarizantes, que presentan una vida media más larga, por lo que se utilizan en procedimientos prolongados, aunque también tardan más en hacer efecto, pero presentan una mayor estabilidad hemodinámica. Ejemplos de relajantes musculares no despolarizantes son el rocuronio y el cisatracurio (4).

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es importante conocer las características básicas y propias que presenta la inducción anestésica, puesto que es un proceso utilizado en el día a día para la realización de procesos quirúrgicos y exploratorios.

Esta fase representa únicamente el primer escalón del proceso anestésico, tras el cual se encuentra el mantenimiento y la recuperación o despertar, que igualmente cobran gran importancia.

Por tanto, es muy importante conocer en profundidad cada uno de estos procesos, siendo necesaria la total implicación de los profesionales que lo realizan para evitar cometer el más mínimo fallo, garantizando siempre el bienestar del paciente y la calidad asistencial durante la intervención quirúrgica.

6 Bibliografía

1. González Gómez, P, 2018. Anestesia Neonatal. Primera ed. Madrid: Grupo RCA.
2. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Edición; 2015. ISSN 2531-2464.
3. Arbizu Andueza C, Cabrera Aragón C, Flaño Fernández C, Guardia Torres M, Martín Blanco N, Murillo Espinosa C et al. Guía para la administración de fármacos en urgencias. 1ª ed. Logroño: Servicio Riojano de Salud, 2003.
4. Villanueva Miranda I. Eficacia del cisatracurio comparado con rocuronio en la relajación neuromuscular para laringoscopia e intubación endotraqueal. Dspace.unitru.edu.pe. 2014.

Capítulo 143

HIGIENE, ASEPSIA Y ESTERILIZACIÓN: CONCEPTOS BÁSICOS DE TODA CIRUGÍA

JUAN SATURIO SANTOS

MARÍA DEL PILAR ROMERO BARRAGÁN

RAÚL FERNÁNDEZ DE MARCOS DE LA MORENA

CRISTINA HERNÁNDEZ MORENO-MANZANARO

MARIA DE LOS DOLORES OCAÑA MORAGA

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales suponen un gran problema para la salud pública a nivel mundial, entre las más frecuentes encontramos a las infecciones de origen quirúrgico, por lo que es necesario establecer normas de asepsia y antisepsia para controlar este tipo de infecciones y poder prevenirlas (1).

Dentro de la cirugía existen elementos básicos que precisan de definición para poder comprender la necesidad de una buena higiene durante la cirugía, ya que esta representa al conjunto de medidas que tienen el objetivo común de conservar la salud y prevenir enfermedades (1).

Además de la higiene, la asepsia, identifica a la ausencia de microorganismos patógenos, lo cual significa que hay ausencia de infección, elemento vital dentro del área quirúrgica y que es preciso extremar con todas las medidas necesarias

(1).

Para mantener una asepsia adecuada hay que realizar las técnicas quirúrgicas oportunas, utilizar una indumentaria adaptada a la situación, mantener una correcta desinsectación y desratización, ventilar y tener al personal formado adecuadamente en el área quirúrgica (1).

Además, hay que eliminar o inhibir la proliferación de gérmenes patógenos en el medio, de forma que se pueda evitar la infección, esto se consigue mediante métodos como el lavado de manos, la quimioprofilaxis, limpieza y desinfección del campo quirúrgico, los suelos y superficies, así como esterilizando el material empleado, a esto se le conoce como antisepsia (1).

Es de vital importancia comprender todos los conceptos básicos para poder realizar cualquier cirugía de forma adecuada, ya sea una cirugía mayor o cirugía menor ambulatoria.

2 Objetivos

- Describir los conceptos básicos necesarios para poder llevar a cabo una cirugía en condiciones adecuadas de higiene y asepsia.
- Indicar las funciones de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los elementos más importantes a tener en cuenta a la hora de realizar una cirugía son la limpieza, la desinfección y la esterilización (1):

- La limpieza se refiere al procedimiento por el cual se elimina físicamente la carga microbiana que presentan las superficies ambientales, por tanto, consiste en la eliminación de polvo, manchas y detritus que son visibles, para ello se utiliza el detergente.

-La desinfección consiste en eliminar la mayor parte de patógenos y microorganismos, pero se exceptúan las esporas que se puedan encontrar en los objetos inanimados, por tanto, este procedimiento se encuentra entre la limpieza física y la esterilización.

Para realizar una adecuada desinfección existen diferentes procedimientos, los cuales pueden ser físicos, como el calor húmedo o la pasteurización, o químicos, para lo cual se utilizan elementos como el ácido peracético o la clorhexidina.

Además, la desinfección puede ser de alto nivel, donde se eliminan todos los microorganismos menos algunas esporas, de nivel intermedio, donde quedan muchas esporas bacterianas, y bajo nivel, donde quedan más microorganismos presentes.

-La esterilización es el proceso final, el cual destruye todo microorganismo, se encuentre en forma vegetativa o spora. Mediante este método se obtiene como resultado la ausencia de todo germen vivo, consiguiendo material estéril.

Es importante centrarse en la esterilización, pues es el objetivo final para la adecuada preparación del material quirúrgico, de este modo, merecen importante mención los controles de esterilización (2), los cuales son métodos que se utilizan para asegurar que el material tratado ha sido esterilizado de forma correcta.

Los tipos de indicadores para controlar la esterilización son (2):

-Controles físicos o mecánicos: Estos consisten en gráficas de presión o temperatura y los manómetros de presión, los cuales aseguran el correcto funcionamiento del esterilizador y, por tanto, que las condiciones internas de la cámara alcancen los parámetros necesarios para llevarse a cabo el proceso de la esterilización.

-Controles químicos: Este tipo de controles consisten en dispositivos que presentan sensibilidad a los parámetros que garantizan una correcta esterilización, de este modo se confirma el cumplimiento de estas condiciones y por tanto de la esterilización del producto.

Normalmente se encuentran en forma de tiras de papel impreso de tintas y reactivos especiales, los cuales cambian de color cuando alcanzan las condiciones que pretenden controlar, para ello estos materiales son colocados dentro de los paquetes y las cajas, informando de forma inmediata de los resultados que se han obtenido tras el ciclo de esterilización.

Este tipo de controles, aunque muy fiables, no constituyen prueba de esterilidad por sí mismos, pero sirven para complementar los controles biológicos y otros elementos necesarios, aunque es importante destacar que es el método de control más recomendado.

-Controles biológicos: Este tipo de dispositivos se encuentran inoculados con

esporas de microorganismos que son muy resistentes a los agentes de esterilización.

Estos indicadores se procesan durante la esterilización junto al resto de material que se quiere esterilizar, por tanto, una vez que ha concluido el proceso de esterilización, los indicadores se inoculan en medios de cultivo y se incuban durante un tiempo para valorar los resultados, registrando adecuadamente los mismos para tener una correcta trazabilidad.

En este caso los microorganismos más utilizados son el *Bacillus stearothermophilus* y el *Bacillus subtilis*, dependiendo de los métodos empleados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y como se ha mencionado durante la revisión, es muy importante conocer los conceptos básicos de higiene antes y durante la cirugía, de este modo se podrá realizar una limpieza y esterilización adecuadas del material a utilizar. También requiere especial atención la posterior comprobación de que este proceso ha sido realizado siguiendo todos los estándares de seguridad necesarios, puesto que generalmente no es la misma persona la que realiza el proceso de esterilización y quien finalmente utiliza este material en el procedimiento quirúrgico.

Por tanto, cobran gran importancia los controles o indicadores de esterilización, asimismo, ante cualquier inspección estos indicadores serán la referencia a seguir para garantizar que el material empaquetado se encuentra en condiciones de esterilidad.

6 Bibliografía

1. Arencibia Sánchez C P, Ballesteros Ramirez R, Morales Correa S, Ruano Ferrer F, Del pino Santana López J. Instrumentación quirúrgica en enfermería. Técnicas y procedimientos. 1ª edición. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá; 2018.
2. Criado Álvarez, JJ. Controles o indicadores químicos del proceso de esterilización. Blog El Autoclave; Talavera de la Reina (Toledo); 2018.

Capítulo 144

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

JENNIFER LOPEZ SANCHEZ

NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA

ESTER DEL MAZO GARCÍA

LAURA MUÑOZ SORIA

ANA ISABEL GARCIA SANCHE

1 Introducción

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una afección médica que plantea un riesgo significativo para la vida y que se produce cuando un coágulo de sangre se desprende de su lugar de origen, típicamente en las venas de las piernas, y viaja a través del torrente sanguíneo hasta llegar a los pulmones. Una vez allí, este coágulo puede bloquear arterias pulmonares importantes, lo que resulta en una disminución del flujo sanguíneo hacia el tejido pulmonar. El TEP puede dar lugar a síntomas potencialmente mortales, como dificultad para respirar, dolor en el pecho, taquicardia y, en casos graves, puede provocar insuficiencia cardíaca o incluso la muerte.

La atención de enfermería desempeña un papel crítico en la gestión y el cuidado de los pacientes con tromboembolismo pulmonar. Aquí, en esta guía, nos sumergiremos en los fundamentos de los cuidados de enfermería para pacientes con

TEP, abordando aspectos cruciales para garantizar la estabilización del paciente, aliviar los síntomas y prevenir la recurrencia de eventos tromboembólicos.

Es fundamental educar a los pacientes sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento, la prevención de la recurrencia y la identificación de síntomas de alarma. Esto puede incluir consejos sobre la anticoagulación, cambios en el estilo de vida y la necesidad de seguimiento médico continuo.

2 Objetivos

-Explicar la importancia del tromboembolismo pulmonar como una afección médica grave y potencialmente mortal, destacando la necesidad de una atención médica inmediata y especializada.

-Proporcionar una comprensión sólida de los fundamentos del tromboembolismo pulmonar, incluyendo sus causas, síntomas y riesgos asociados.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados de enfermería para un paciente con tromboembolismo pulmonar (TEP) son fundamentales para garantizar una atención adecuada y promover la recuperación. Aquí tienes una lista de algunos de los cuidados que se deben tener en cuenta:

1. ****Monitorización continua****: La monitorización constante de signos vitales, incluyendo la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno, es esencial para detectar cualquier cambio en la condición del paciente.

2. ****Administrar oxígeno****: La administración de oxígeno es común en pacientes con TEP para mantener niveles adecuados de saturación de oxígeno. Asegurarse

de que el paciente tenga un flujo de oxígeno adecuado y de que la administración sea segura.

3. ****Anticoagulación****: Si se prescribe anticoagulación, es importante administrarla correctamente y monitorizar los niveles de coagulación para evitar complicaciones como hemorragias.

4. ****Dolor y ansiedad****: Controlar el dolor del paciente y proporcionar apoyo emocional para reducir la ansiedad y el miedo asociados con el TEP.

5. ****Movilización temprana****: Fomentar la movilización temprana dentro de los límites seguros para prevenir complicaciones como la trombosis venosa profunda (TVP) y mejorar la circulación.

6. ****Prevención de TVP****: Implementar medidas de prevención de TVP, como el uso de medias de compresión, ejercicios de movilización de las extremidades y medicamentos antitrombóticos.

7. ****Educación del paciente****: Proporcionar al paciente información sobre su condición, el tratamiento y la importancia del cumplimiento de las recomendaciones médicas.

8. ****Control de sangrado****: Si el paciente está tomando anticoagulantes, se debe prestar especial atención a la prevención de hemorragias y a la educación del paciente sobre signos de sangrado excesivo.

9. ****Control de la temperatura corporal****: Vigilar la temperatura corporal y prevenir la fiebre, ya que la fiebre puede aumentar el metabolismo y la demanda de oxígeno del cuerpo.

10. ****Apoyo psicosocial****: Brindar apoyo emocional y psicológico al paciente y a su familia, ya que el TEP puede ser una experiencia aterradora y estresante.

11. ****Evaluación de la respuesta al tratamiento****: Evaluar continuamente la respuesta del paciente al tratamiento y ajustar las intervenciones según sea necesario.

12. ****Coordinación de cuidados****: Colaborar estrechamente con otros miembros del equipo de salud, como médicos, terapeutas respiratorios y farmacéuticos, para garantizar una atención integral y coordinada.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los cuidados de enfermería desempeñan un papel crucial en la atención y recuperación de pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP). Estos cuidados abarcan una amplia gama de responsabilidades que van desde la monitorización constante de los signos vitales hasta la educación del paciente y el apoyo emocional. Aquí hay una conclusión más detallada:

Los pacientes con TEP presentan un riesgo significativo para su salud debido a la obstrucción de las arterias pulmonares, lo que puede llevar a complicaciones graves como insuficiencia cardíaca, daño pulmonar e incluso la muerte. Por lo tanto, los cuidados de enfermería se centran en la detección temprana de cambios en la condición del paciente y la implementación de medidas para prevenir complicaciones.

La monitorización continua de los signos vitales, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno, es esencial para identificar cualquier deterioro en la condición del paciente. Esto permite una intervención rápida y adecuada.

La administración de oxígeno es común en pacientes con TEP para mantener niveles adecuados de saturación de oxígeno y aliviar la hipoxia. Los enfermeros deben garantizar que el flujo de oxígeno sea el adecuado y que se sigan las pautas de administración segura.

La anticoagulación es una parte fundamental del tratamiento del TEP. Los enfermeros desempeñan un papel importante en la administración de anticoagulantes y en la monitorización de los niveles de coagulación para prevenir tanto la recurrencia del TEP como la aparición de hemorragias graves.

El control del dolor y la ansiedad son aspectos cruciales de la atención, ya que el TEP puede ser una experiencia aterradora para el paciente. Los enfermeros deben evaluar y tratar adecuadamente el dolor y proporcionar apoyo emocional para ayudar al paciente a enfrentar la situación.

La movilización temprana y la prevención de la trombosis venosa profunda son esenciales para evitar complicaciones adicionales. Los enfermeros fomentan la movilización dentro de los límites seguros y utilizan medidas como medias de compresión y ejercicios para prevenir la formación de coágulos sanguíneos en las extremidades.

La educación del paciente es fundamental. Los enfermeros deben proporcionar información sobre la condición del paciente, el tratamiento, las precauciones y la importancia del seguimiento de las recomendaciones médicas.

El control de la temperatura corporal y la prevención de la fiebre son necesarios

para evitar un aumento en la demanda de oxígeno del cuerpo y garantizar una recuperación más rápida.

El apoyo psicosocial brindado por los enfermeros es vital para ayudar al paciente y a su familia a sobrellevar la experiencia del TEP y reducir el estrés y la ansiedad. En resumen, los cuidados de enfermería desempeñan un papel integral en la atención al paciente con TEP. La atención oportuna y adecuada puede marcar la diferencia en la recuperación y el bienestar del paciente, y los enfermeros son fundamentales para garantizar que estos cuidados se proporcionen de manera efectiva y segura. La coordinación con otros miembros del equipo de atención médica y la adaptación de la atención a las necesidades individuales del paciente

6 Bibliografía

1.Villar, A. B., & Iturriaga, L. A. R. (2010). Tromboembolismo pulmonar. Archivos de bronconeumología, 46, 31-37.

Castro, J. C. U. (2016). Tromboembolismo pulmonar. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 73(620), 701-706.

2.Iribarren, M. E., Espinosa, E. V., Noval, A. R., & Valenzuela, C. (2018). Tromboembolismo pulmonar. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 12(68), 3971-3981.

Capítulo 145

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LA CRISIS RENOURETRAL

JENNIFER LOPEZ SANCHEZ

NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA

ESTER DEL MAZO GARCÍA

LAURA MUÑOZ SORIA

ANA ISABEL GARCIA SANCHO

1 Introducción

Los cuidados de enfermería desempeñan un papel fundamental en el manejo de una amplia variedad de condiciones médicas, y la crisis renourtral no es una excepción. La crisis renourtral se refiere a una situación crítica en la que existe una obstrucción en el tracto urinario, ya sea a nivel de los riñones, uréteres o uretra, que impide el flujo normal de la orina. Esta obstrucción puede ser causada por diversas razones, como cálculos renales, tumores, traumatismos o enfermedades del sistema urinario.

Los pacientes que enfrentan una crisis renourtral experimentan una serie de síntomas dolorosos y potencialmente graves, que van desde dolor abdominal intenso hasta problemas urinarios, fiebre e incluso insuficiencia renal si no se aborda adecuadamente. En este contexto, los cuidados de enfermería desempeñan un rol esencial en la atención y el manejo de estos pacientes.

Nos centraremos en la importancia de la atención de enfermería en la crisis renouretal, destacando la necesidad de un enfoque holístico que aborde tanto los aspectos físicos como emocionales de la enfermedad. Además, se abordarán las principales responsabilidades de enfermería en el cuidado de estos pacientes, que incluyen la evaluación, el alivio del dolor, la monitorización de signos vitales, la administración de medicamentos y la educación del paciente sobre su condición y el manejo en el hogar. Los cuidados de enfermería desempeñan un papel crucial en la promoción de la recuperación y el bienestar del paciente que enfrenta una crisis renouretal, y su conocimiento y compromiso son esenciales para proporcionar una atención de calidad.

2 Objetivos

1. Informar sobre la importancia de los cuidados de enfermería en situaciones de crisis renouretal, explicando brevemente qué es esta condición y por qué requiere atención especializada.
2. Sensibilizar sobre la gravedad de la crisis renouretal y la necesidad de una atención cuidadosa y oportuna por parte del personal de enfermería.

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, etc. Con todo ello se ha recopilado información relevante para elaborar dicho estudio.

4 Resultados

Los procedimientos de enfermería para abordar una crisis renouretal implican una serie de cuidados específicos destinados a proporcionar al paciente el apoyo necesario durante este evento médico. Esta situación se caracteriza por una alteración en el flujo normal de la orina desde los riñones a través de las vías urinarias, lo que puede ser causado por diversas condiciones médicas.

En primer lugar, es esencial que el personal de enfermería realice una evaluación completa del paciente para determinar la causa subyacente de la crisis renouretal. Esto incluye tomar la historia clínica del paciente, realizar exámenes físicos

y pruebas diagnósticas relevantes, como análisis de orina y estudios de imagen, para identificar la obstrucción o el problema subyacente.

Una vez que se ha identificado la causa de la crisis, los cuidados de enfermería deben adaptarse a la situación específica del paciente. Esto puede incluir medidas para aliviar el dolor y el malestar, administrar medicamentos para reducir la inflamación o los espasmos, y mantener una adecuada hidratación y equilibrio electrolítico.

La monitorización constante es esencial en el manejo de la crisis renouretral. Esto implica la observación regular de los signos vitales del paciente, la evaluación del nivel de dolor, la monitorización de la diuresis y la vigilancia de cualquier signo de complicaciones. Además, es importante brindar apoyo emocional al paciente, ya que esta situación puede ser angustiante.

En algunos casos, puede ser necesario realizar procedimientos invasivos, como la inserción de una sonda uretral o la realización de un cateterismo uretral, para aliviar la obstrucción y permitir que la orina fluya normalmente. Los enfermeros deben llevar a cabo estos procedimientos con cuidado y siguiendo las normas de asepsia y seguridad para evitar infecciones y complicaciones.

En resumen, los cuidados de enfermería en una crisis renouretral implican una evaluación completa, el alivio del malestar, la monitorización constante y, en algunos casos, procedimientos invasivos. El enfoque principal es garantizar el bienestar del paciente y abordar la causa subyacente de la obstrucción de las vías urinarias.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, los cuidados de enfermería desempeñan un papel crucial en el manejo de una crisis renouretral. Estos cuidados son multifacéticos y se adaptan a las necesidades individuales de cada paciente. En una situación de crisis renouretral, la enfermería desempeña un papel central en la evaluación, el alivio del malestar y la restauración del funcionamiento normal del sistema urinario.

La evaluación inicial del paciente es esencial para identificar la causa subyacente de la obstrucción de las vías urinarias, ya que esto guiará el enfoque de los cuidados. Se lleva a cabo una recopilación completa de la historia clínica del paciente, se realizan exámenes físicos detallados y se pueden utilizar pruebas diagnósticas como análisis de orina y estudios de imagen. Esta fase inicial es crucial para de-

terminar si la crisis es causada por una obstrucción física, una infección urinaria u otro factor médico.

Una vez que se ha identificado la causa, los cuidados se dirigen a aliviar el malestar del paciente. Esto puede implicar la administración de medicamentos para controlar el dolor, reducir la inflamación o relajar los músculos en caso de espasmos. También es importante mantener al paciente hidratado y equilibrar los niveles de electrolitos para garantizar el funcionamiento adecuado de los riñones y las vías urinarias.

La monitorización constante es una parte integral de la atención de enfermería en esta situación. Los signos vitales se controlan regularmente, y se presta atención a la cantidad y calidad de la orina eliminada. Cualquier cambio en el estado del paciente o la aparición de complicaciones se detecta de inmediato y se aborda de manera adecuada.

En algunos casos, puede ser necesario realizar procedimientos invasivos, como la inserción de una sonda uretral o el cateterismo uretral, para eliminar la obstrucción y permitir que la orina fluya normalmente. Los enfermeros deben llevar a cabo estos procedimientos con habilidad y siguiendo estrictos protocolos de asepsia y seguridad.

Además de los aspectos físicos de la atención, los enfermeros también desempeñan un papel crucial en el apoyo emocional del paciente y su familia. Una crisis renouretral puede ser una experiencia angustiante, y brindar apoyo psicológico y educación sobre la condición y los cuidados posteriores es esencial para promover la tranquilidad y la recuperación del paciente.

En conclusion, los cuidados de enfermería en una crisis renouretral son integrales y multidisciplinarios. Desde la evaluación inicial hasta el alivio del malestar, la monitorización constante y, en ocasiones, la realización de procedimientos invasivos, los enfermeros desempeñan un papel esencial en la atención integral del paciente. Su enfoque principal es asegurar el bienestar del paciente y trabajar en colaboración con el equipo médico para abordar la causa subyacente y facilitar una recuperación exitosa.

6 Bibliografía

Buitrago Ramírez F, Calvo Hueros JI, Bravo Simón B. Estudio y seguimiento del cólico nefrítico. JANO 25, 2005; 1(587): 43-6

Esquena S, Millán F, Sánchez F.M, Rousaud F, Marchant F, Villavicencio H. Cólico renal: Revisión de la literatura y evidencia científica. Rev Actas Urol Esp. 2006; 30(3):268-280.

Vega M, Mullisaca V. Cálculos renales o nefrolitiasis. Act. Clin. Med. 2012; 11:539-543.

Sánchez-Martín F M, Millán Rodríguez F, Esquena Fernández S, et al. Incidencia y prevalencia de la urolitiasis en España: Revisión de los datos originales disponibles hasta la actualidad. Actas Urol Esp, 2007; 31(5):511-20.

Capítulo 146

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE NEONATOS

JENNIFER LOPEZ SANCHEZ

NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA

ESTER DEL MAZO GARCÍA

LAURA MUÑOZ SORIA

ANA ISABEL GARCIA SANCHO

1 Introducción

La atención de enfermería en el servicio de neonatos es fundamental para garantizar el bienestar y la salud de los recién nacidos en sus primeros días de vida. Los neonatos, o bebés recién nacidos, son especialmente vulnerables y requieren cuidados delicados y especializados debido a su inmadurez fisiológica y su fragilidad. En este contexto, los profesionales de enfermería desempeñan un papel esencial en la vigilancia, el apoyo y el cuidado de estos pequeños pacientes, así como en la educación y el apoyo a las familias que enfrentan esta etapa crítica.

En esta introducción, exploraremos los aspectos más importantes de los cuidados de enfermería en el servicio de neonatos, abordando temas como la evaluación inicial del recién nacido, la atención de enfermería durante el período neonatal, la gestión de enfermedades comunes, el fomento de la lactancia materna, y la promoción de un entorno seguro y estimulante en la unidad neonatal. También

examinaremos la importancia de la comunicación y la colaboración interdisciplinaria en este entorno, ya que el trabajo en equipo es esencial para brindar una atención integral y de calidad a estos pacientes tan vulnerables.

A lo largo de esta exploración, destacaremos las habilidades, el conocimiento y la empatía que los profesionales de enfermería deben emplear en el cuidado de los neonatos y sus familias. La atención de enfermería en el servicio de neonatos es una disciplina altamente especializada que exige un compromiso continuo con la actualización y la mejora de las prácticas clínicas, con el objetivo final de asegurar que cada bebé tenga la mejor oportunidad para crecer y desarrollarse de manera saludable en sus primeros días y semanas de vida.

2 Objetivos

- Informar sobre la importancia de la enfermería neonata.
- Proporcionar una visión general de los desafíos únicos asociados con el cuidado de neonatos, como la inmadurez de los órganos, la vulnerabilidad a infecciones y otros problemas médicos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados de enfermería en el servicio de neonatos son esenciales para garantizar la salud y el bienestar de los recién nacidos prematuros o enfermos. Aquí tienes una lista de algunos de los aspectos clave de los cuidados de enfermería en el servicio de neonatología:

1. ****Evaluación y monitorización continua:**** Los neonatos deben ser evaluados minuciosamente al nacer y de manera continua. Esto incluye la monitorización de signos vitales como la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial.

2. **Mantener la temperatura corporal:** Los recién nacidos prematuros tienen dificultades para mantener su temperatura corporal, por lo que es importante proporcionarles un ambiente cálido y utilizar incubadoras o radiadores para mantener una temperatura adecuada.
3. **Alimentación:** Los neonatos a menudo no pueden alimentarse por sí mismos, por lo que los enfermeros deben administrar alimentos por sonda nasogástrica o intravenosa según las indicaciones médicas. La lactancia materna se promueve siempre que sea posible.
4. **Cuidado de la piel:** La piel de los recién nacidos es delicada y susceptible a lesiones. Los enfermeros deben asegurarse de mantener la piel limpia y seca, y aplicar productos especiales si es necesario.
5. **Manejo de la vía aérea:** Algunos neonatos pueden requerir asistencia respiratoria, como ventilación mecánica. Los enfermeros deben estar capacitados para administrar y supervisar estos dispositivos.
6. **Prevención de infecciones:** Los neonatos son más susceptibles a las infecciones, por lo que es importante mantener estrictas medidas de higiene, incluyendo el lavado de manos y la esterilización de equipos.
7. **Cuidado del cordón umbilical:** Se debe cuidar y mantener el cordón umbilical hasta que se caiga de forma natural, evitando infecciones y asegurando una cicatrización adecuada.
8. **Evaluación del desarrollo:** Los enfermeros también deben realizar un seguimiento del desarrollo físico y neurológico de los neonatos para detectar posibles problemas o retrasos.
9. **Apoyo emocional:** Los padres de los neonatos a menudo están ansiosos y necesitan apoyo emocional. Los enfermeros pueden desempeñar un papel importante en la educación de los padres y la promoción de la vinculación madre-hijo.
10. **Colaboración interdisciplinaria:** Los cuidados de enfermería en neonatología requieren una estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, para brindar un cuidado integral.

Es importante destacar que los cuidados de enfermería en el servicio de neonatología pueden variar según las necesidades individuales del neonato y la unidad

de cuidados neonatales en la que se encuentre. Estos cuidados son cruciales para mejorar las tasas de supervivencia y la calidad de vida de los recién nacidos prematuros o enfermos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los cuidados de enfermería en el servicio de neonatología son una parte esencial de la atención médica que se brinda a los recién nacidos prematuros o enfermos. Estos cuidados son altamente especializados y requieren una combinación única de conocimientos técnicos, habilidades interpersonales y sensibilidad emocional. La labor de los enfermeros en este entorno desafiante es fundamental para asegurar que los neonatos tengan las mejores oportunidades de sobrevivir y prosperar.

Uno de los aspectos clave de los cuidados de enfermería en neonatología es la evaluación y monitorización continua. Esto implica estar atento a los signos vitales del neonato y responder de manera rápida y eficaz a cualquier cambio en su estado de salud. La capacidad de detectar problemas potenciales en una etapa temprana es crucial para prevenir complicaciones graves.

Además, el mantenimiento de la temperatura corporal es esencial en neonatología. Los neonatos, especialmente los prematuros, tienen dificultades para regular su temperatura, por lo que los enfermeros deben garantizar que estén calientes y cómodos. Esto se logra mediante el uso de incubadoras y mantas térmicas, entre otros métodos.

La alimentación es otro aspecto crítico de los cuidados de enfermería en neonatología. Muchos neonatos no pueden alimentarse por sí mismos y requieren alimentación por sonda o intravenosa. Los enfermeros desempeñan un papel esencial en administrar estos alimentos y supervisar la nutrición del neonato.

La prevención de infecciones es una preocupación constante en las unidades de neonatología. La inmunidad de los neonatos es limitada, por lo que es fundamental mantener un ambiente limpio y esterilizado. Esto incluye prácticas rigurosas de lavado de manos y la adecuada desinfección de equipos y superficies.

El apoyo emocional a los padres también es una parte importante de los cuidados de enfermería en neonatología. Los padres a menudo enfrentan niveles significativos de estrés y ansiedad, y los enfermeros desempeñan un papel clave en brindar información, aliento y apoyo emocional durante esta difícil etapa.

En última instancia, los cuidados de enfermería en neonatología son un testimonio del compromiso de los profesionales de enfermería con la vida y el bienestar de los neonatos más vulnerables. Su dedicación a proporcionar atención de alta

calidad en un entorno a menudo desafiante es esencial para dar a estos pequeños luchadores la mejor oportunidad de una vida saludable y feliz. A medida que la investigación y la tecnología avanzan, la enfermería en neonatología continúa evolucionando para proporcionar un nivel cada vez mayor de atención y apoyo a estos pacientes y sus familias.

6 Bibliografía

- 1.Rocha M, Carvalho M, Fossa A y Rossato LM. Atención humanizada en la terapia intensiva neonatal: acciones y limitaciones de la enfermera. *Saúde Rev.* 2015; 15(40):67-84.
- 2.Hart K, Marchuk A, Walsh J y Howlett A. Validación de una herramienta de carga de trabajo de enfermería neonatal quirúrgica. *Journal of Neonatal Nursing.* 2019. doi:10.1016/j.jnn.2019.06.002.
- 3.Antonucci R, Porcella A. ¿Prevenir errores de medicación en neonatología: es un sueño? *World J Clin Pediatr.* 2014; 3(3):37-44.

Capítulo 147

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: PAPEL DE LA ENFERMERÍA DURANTE EL CLIMATERIO

JULIA LERIDA CAMUÑAS

JAVIER MARTÍN MACÍAS

ANA MARÍA PÉREZ LÓPEZ

ÁLVARO DURÁN RELAÑO

1 Introducción

El climaterio es una fase del ciclo biológico de la mujer. Al igual que en un momento de nuestras vidas aparecen las primeras menstruaciones (menarquia), en otro momento estas cesan. Esto se debe a cambios hormonales en nuestro cuerpo y aunque aún sigue la creencia de que se trata de una enfermedad no lo es. A ese periodo se le conoce con el nombre climaterio.

Aunque a veces se utilicen de manera indistinta las palabras climaterio y menopausia, cabe destacar que no significan lo mismo.

La menopausia es una fase natural y en la vida de una mujer. Este término se utiliza para describir el momento en que una mujer experimenta su última menstruación, y esto ocurre debido a una menor producción de hormonas como el estrógeno y la progesterona por parte de los ovarios. Es necesario que pasen 12 meses consecutivos sin tener la menstruación para poder afirmar la menopausia. Simboliza el fin de la capacidad reproductiva de una mujer.

En cambio, el climaterio se da años antes y después de la menopausia, es una transición prolongada durante años. Pese a que cada mujer lo vive de una manera distinta a otra hay una serie de signos que se suelen repetirse.

Así son: la pérdida de la libido y sequedad vaginal, debido a la falta de estrógenos, una mayor debilidad y fragilidad en los huesos, sudores nocturnos, aumento de peso por tener un metabolismo más lento, varios periodos de menstruaciones irregulares, etc.

A causa de todos estos cambios hormonales que van a repercutir como ya hemos visto tanto en la salud física como mental y sexual de la mujer, es de suma importancia promover, promulgar y concienciar a las mujeres y a la sociedad de que el climaterio no es una enfermedad, pero sí es una etapa complicada a la cual las mujeres deberán adaptarse.

Para ello, el personal sanitario y en especial el de enfermería, por ser el que más tiempo pasa en contacto con ellas, debe conocer a su población diana para poder prevenirles e informarles de los cambios que llegarán y así prepararles con los mejores recursos posibles.

2 Objetivos

- Valorar la calidad de vida de las mujeres durante este periodo del ciclo biológico.
- Favorecer el desarrollo de patrones de vida saludables mediante actividades de educación para la salud, disminuyendo así los efectos negativos que el climaterio puede causar.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el climaterio de la mujer, y las consecuencias negativas que puede ocasionar si no se prepara a la mujer previamente. La búsqueda sistemática se ha realizado, principalmente, en bases de datos relacionadas con las Ciencias de la Salud, tales como Pubmed (NCBI), Cochrane Library, Medes, BVS, Enfispo, Cuiden, Liliacs, ClinicalTrials.gov, ICTRP. La elección de las palabras claves para realizar la búsqueda bibliográfica se ha basado en la utilización de Mesh (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptor en Ciencias de la salud). Obteniéndose así: ‘climaterio’, ‘menopausia’, ‘prevención’, ‘enfermería’ y ‘salud comunitaria’.

4 Resultados

Tras realizar la revisión bibliográfica se ha podido comprobar que la falta de información y la confusión que muchas mujeres experimentan durante el climaterio son los dos factores que más contribuyen significativamente a una experiencia negativa de la menopausia y a la falta de atención personal en la mayoría de los casos.

Hasta hace poco, la atención médica se enfocaba principalmente en el tratamiento de los síntomas relacionados con la menopausia. Sin embargo, en la actualidad, se está expandiendo, aunque con algunas dificultades, hacia la prevención y la promoción de la salud. El énfasis en la mejora de la calidad de vida de las mujeres en la etapa de la menopausia, la promoción de estilos de vida más saludables y la prevención de los riesgos asociados a esta fase, son ejemplos claros del cambio que está comenzando a ocurrir en este sentido.

La sintomatología la vamos a dividir en tres etapas:

A corto plazo: Cambios en el ciclo menstrual, sofocos, náuseas o mareos.

A medio plazo: Atrofia urogenital, provocando: dolor durante el coito, disuria, incontinencia urinaria y sequedad vaginal. Cambios en piel y cabello. Alteraciones psicológicas: cansancio, ansiedad, agresividad e irritabilidad, que hacen que el estado de ánimo bajo, ansiosa.

A largo plazo: Osteoporosis: Aumenta la fragilidad ósea y la predisposición a fracturas. Riesgo cardiovascular: Las hormonas femeninas tienen un efecto protector en el sistema cardiovascular al promover la dilatación de los vasos sanguíneos y regular los niveles de colesterol. Con la llegada de la menopausia, este efecto beneficioso desaparece, lo que aumenta el riesgo de problemas cardiovasculares. Conociendo los principales síntomas pasaremos a centrarnos al abordaje del personal de enfermería que se centrará en los siguientes puntos:

- Seguir una dieta equilibrada: se proporcionarán guías de estilos de vida saludables y consejos dietéticos, para evitar el sobrepeso y la obesidad.
- Realizar ejercicio físico con regularidad: no es necesario que sea una actividad física de alto impacto, pero sí se deberá realizar de manera constante.
- Vitamina D: se recomienda tomar el sol unos 15 minutos al día.
- Entusiasmo y vitalidad: es de gran importancia que la actitud ante esta fase de la vida sea positiva para poder hacerla frente de la mejor manera posible.
- Mejorar la calidad de vida con el objetivo de lograr el bienestar de la mujer: brindando apoyo psicológico.
- Valorar y disminuir los factores de riesgo cardiovascular.
- Valorar el riesgo potencial de osteoporosis y, en pacientes de alto riesgo, medir

la densidad mineral ósea.

- Preservar una vida sexual satisfactoria, incluyendo información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos.
- Practicar ejercicios para fortalecer el suelo pélvico.
- Valorar el riesgo de cáncer de mama y promover la detección temprana.

También existe el tratamiento con fármacos, aunque en este punto no interviene enfermería debemos conocerlos. Siendo así: el tratamiento farmacológico hormonal (estrógenos, géstatenos y tibolona) y el tratamiento farmacológico no hormonal (antidepresivos y el hipotensor clonidina).

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el climaterio es una fase natural en la vida de las mujeres que marca la transición hacia la menopausia. Aunque a menudo se confunden los términos climaterio y menopausia, es importante destacar que son dos etapas diferentes. El climaterio es una transición prolongada que se caracteriza por una serie de síntomas, que van desde cambios en el ciclo menstrual hasta problemas de salud a largo plazo como la osteoporosis y el riesgo cardiovascular.

La atención médica ha evolucionado en los últimos años, pasando de centrarse en el tratamiento de los síntomas de la menopausia a enfocarse en la prevención y la promoción de la salud durante el climaterio. Esto se debe a la comprensión de que la falta de información y la confusión durante esta fase pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres.

Para abordar el climaterio de manera efectiva, se deben seguir una serie de objetivos, como mejorar la calidad de vida de las mujeres y fomentar hábitos de vida saludables a través de la educación para la salud. El personal de enfermería desempeña un papel crucial en este proceso, brindando apoyo emocional, evaluando y reduciendo los factores de riesgo cardiovascular, promoviendo la salud ósea, proporcionando orientación sobre la vida sexual y anticonceptivos, y recomendando ejercicios para fortalecer el suelo pélvico.

En última instancia, el enfoque actual busca empoderar a las mujeres durante el climaterio, ayudándolas a comprender y afrontar los desafíos de esta etapa de manera proactiva para mejorar su calidad de vida y bienestar general

6 Bibliografía

1. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). [Online].; 2017. Available from: <http://www.aeem.es/paralamujer/6.html>.

2. García Padilla, F. M., Toronjo Gómez, A. M., López Santos, V., Contreras Martín, A., & Toscano Márquez, T. (1997). Educación para la salud sobre el climaterio: un consenso sobre sus contenidos. *Atencion primaria*. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-educacion-salud-sobre-el-climaterio-14703>
3. Gil Esteban MD, Pagán Hernandez M, López Anaya P, Chulvi Alabort V, Vidal Bernabé AP, Reche Lorca E, et al. Actuación de enfermería en la dependencia emocional. Evaluación del programa de salud de la mujer mayor de 40 años. *Invest & Cuid*. 2020. Available from: http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=663410_1
4. Senba N, Matsuo H. Effect of a health education program on climacteric women. *Climacteric*. 2010 Diciembre. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20151791>
5. Fistera, Atención Primaria en la red. Menopausia y terapia hormonal. [Online].; 2012. Available from: <http://www.fistera.com/guias-clinicas/menopausia-terapiahormonal/#3330>.

Capítulo 148

IMPORTANCIA DE LAS TOMAS NOCTURNAS EN LA LACTANCIA MATERNA

ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO

ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA

MERCEDES MEGIA CAMACHO

1 Introducción

La lactancia materna consiste en el proceso de alimentación de recién nacidos por parte de la madre mediante la leche materna producida por los senos corporales tras el parto. Igualmente, la lactancia materna es la mejor forma de alimentar al recién nacido y supone un gran abanico de ventajas y posibilidades, no solo para el lactante, sino también para la madre que amamanta.

Respecto al lactante, en primer lugar, cabe destacar el aporte de una nutrición óptima que aporta la leche materna por los nutrientes de alta calidad, fácil absorción y una gran eficacia. Además, esta leche es un fluido cambiante que se adapta a las necesidades del bebé e incluso puede llegar a suponer hasta un tercio de la energía y proteínas que necesita un niño durante el segundo año de vida.

La lactancia materna (LM) es capaz al igual, de proporcionar y potenciar un gran nivel de inmunidad mediante factores antiinflamatorios, antibacterianos, específicos... fundamental en el correcto desarrollo del bebé, ya que el sistema inmunitario que poseen no está aún completamente desarrollado. Así se ha evidenciado que existe una relación directa entre la LM y la incidencia de patologías como la otitis, meningitis, diarrea, infecciones respiratorias, etc. Por tanto, la LM puede ayudar a que se reduzca su incidencia en estos límites de edad gracias al efecto que tiene sobre el sistema inmune del lactante.

Por otro lado, también existen amplias ventajas para las madres que amamantan, entre estas se encuentra la mejora en la pérdida de peso, la reducción de cadera, se reduce la posibilidad de hemorragias posparto y también la posibilidad de padecer algunas patologías como cáncer de mama y de ovarios.

Además, podemos encontrar en las guías sobre la lactancia materna algunos signos no mencionados anteriormente sobre una ingesta adecuada de leche, siendo estos entre otros: el aspecto de las deposiciones (el primer día negras o verdes oscuras, amarillas alrededor del cuarto o quinto día), la cantidad de las deposiciones (una deposición el primer día, dos deposiciones el segundo, y tres o más a partir del tercer día), la cantidad de micciones (relacionado con la cantidad de deposiciones diarias los cuatro primeros días) y el peso del lactante (han de recuperar el peso del nacimiento antes de cumplir 15 días de vida y hasta los 4 meses ha de coger unos 110 g semanales).

El tamaño y forma del pecho y los pezones no tiene por qué ser un motivo de preocupación, pero sí se deben tener en cuenta. El recién nacido siempre debe tener alineada su cabeza con el eje del pecho y el pezón. Las distintas formas de los pezones no suelen dar problemas, excepto los pezones invertidos, que suelen indicar unos conductos galactóforos cortos, pero suele mejorar tras un periodo de lactancia materna. Asimismo, es de ayuda estimularlo rotándolo o mojándolo con agua fría justo antes de la toma, o también es recomendable usar un sacaleches.

La OMS y UNICEF lanzaron en 1991 una iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia para animar a usar práctica que promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento, para ello se desarrollan los siguientes pasos:

Paso 1: Tener una normativa escrita de lactancia que fuera conocida por todo el personal.

Paso 2: Capacitar a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa.

Paso 3: Informar a todas las embarazadas sobre los riesgos de no amamantar y manejo de la lactancia para facilitar el mejor inicio tras el parto.

Paso 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto, facilitar la colocación de los bebés en contacto piel con piel, al menos durante una hora, y alentar a las madres cuándo están listos sus bebés para amamantar, ofreciendo su ayuda en caso necesario.

Paso 5: Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, incluso si tienen que separarse de sus hijos de manera temprana.

Paso 6: No dar otro alimento a los recién nacidos que no sea leche materna, a no ser que haya una indicación médica.

Paso 7: Practicar el alojamiento conjunto (permitir que madres y recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día).

Paso 8: Alentar a las madres a amamantar a demanda.

Paso 9: No dar biberones, tetinas o chupetes a niños amamantados.

Paso 10: Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital (y ofrecer los recursos de apoyo a la lactancia que existan en su área).

2 Objetivos

- Valorar la importancia que tiene la lactancia materna en el desarrollo inmunario del recién nacido.
- Conocer los 10 pasos de la IHAN hacia una lactancia materna feliz.
- Proporcionar ayuda en el conocimiento sobre las tomas nocturnas.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio bibliográfico, se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva de artículos, revistas y libros con evidencia científica, 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 el “lactancia materna”, “recién nacido” y “tomas nocturnas” entre otras. Tras la búsqueda, se seleccionaron varios artículos relevantes y de gran actualidad para dicho estudio, donde se aborda de manera específica las intervenciones enfermeras para mejorar la LM y la importancia de las tomas nocturnas en los lactantes.

4 Resultados

Un tema de gran relevancia asistencial a tratar en la lactancia materna es la importancia de las tomas nocturnas, ya que es de esperar que el recién nacido tenga apetito por las noches, sobre todo porque cuanto menor edad tiene el lactante mayor será la probabilidad de que consuma el mismo volumen de leche materna de día y de noche, siendo las tomas nocturnas realmente importantes, puesto que se asocian de una forma significativa con una mayor duración y una mejor instauración de la lactancia materna, además, en los prematuros o lactantes de madres con diabetes gestacional tienen una gran importancia en la prevención de las hipoglucemias.

La producción de leche continúa de forma eficiente por la noche, al igual que por el día, y si no se va extrayendo según se va formando y según la demanda del bebé, el volumen de la leche superará rápidamente la capacidad de los alvéolos, lo cual podría producir una gran sensación de malestar e incluso la supresión del proceso de lactancia.

Además, un gran beneficio de estas tomas es el hecho de que alimentar al bebé por la noche previene el problema de la ingurgitación vascular, donde la leche materna producida desborda la capacidad de los alvéolos. Esto produce una distensión alveolar que se traduce en una compresión y adelgazamiento, e incluso rotura de las células productoras de leche, llegando a frenar la producción láctea. En ocasiones, la presión puede llegar a ser tan alta que pasen sustancias de la leche a los capilares o al tejido conjuntivo que active el sistema inmunitario, produciendo enrojecimiento de la zona, aumento de la frecuencia cardíaca, fiebre, malestar general, escalofríos y un estado gripal, los síntomas clásicos de la mastitis no infecciosa, que sin tratamiento se puede sobre infectar produciendo un absceso.

5 Discusión-Conclusión

En este proceso de la vida tan importante para una madre y el recién nacido, la enfermería juega un papel crucial en los cuidados que se brindan a los neonatos y los problemas que puedan presentar. Entre estas actividades destacamos en primer lugar proporcionar información a los padres sobre aspectos relacionados con el funcionamiento y complicaciones del bebé; así como la posición, enganche, duración y frecuencia de las tomas, valorando también la efectividad de estas. Otro de los cuidados indispensables es el método de consuelo en los padres, ya que estos se encuentran en un estado de preocupación, estrés, fatiga y miedo al no tomar el control de la situación, que deberemos de mitigar eficazmente. Se ha de valorar también el reflejo de succión-deglución en recién nacidos, un proceso muy significativo en la evolución del bebé. Así mismo, se debe revisar ambas historias clínicas de la madre y el lactante por si existiera algún tipo de problema en relacionado con la lactancia, y confirmar el tipo de alimentación que la madre desee, aportando las recomendaciones más convenientes para ambos.

A nivel psicosocial, es cierto que la lactancia materna ejerce una gran relación con la relación afectiva y el desarrollo cognitivo, haciendo de este último la base del crecimiento neonatal, por lo que es de vital importancia hacer conocer a las púérperas todos los beneficios que aporta la lactancia materna exclusiva, no solo en su propia recuperación postparto, sino en el desarrollo físico, psicomotor e inmunológico del lactante, ya que la leche se adapta en todo momento a los requerimientos del recién nacido.

6 Bibliografía

1. M. J. Lozano de la Torre. Uso del Chupete y Lactancia Materna. *An Pediatr (Barc)*. 2011;74(4): 271.e1-271.e5.
2. Gobierno de La Rioja. La Lactancia Materna. Vol 1.7th ed. La Rioja: 2014
3. Delgado S, Fernández L. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema sobrevalorado. [Online].; 2009 [citado 2020 03 19]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Susana_Delgado3/publication/242496218_Mastitis_infecciosas_durante_la_lactancia_un_problema_infravalorado_y_II/links/00b4952975459c4e8e000000/Mastitis-infecciosas-durante-la-lactancia-un-problema-infravalorado-y-II.pdf.
4. García Roldán A, Guerrero Etxebarria E, Hernández Aguilar MT, Legarra Pellicer C. Guía para las madres que amamantan. [Online].; 2017 [Citado 2020 03

19]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/gpc_560_lactancia_osteoba_paciente.pdf

Capítulo 149

LAS COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA EN LA DIRECCIÓN SANITARIA

NATALIA AMATE ESCABIAS

ALBA LÓPEZ MARTIN

LAURA VARGAS BEAMUD

BLANCA HERRERO ALCAIDE

CELIA ARROYO MOLINA

1 Introducción

La coordinación clínica es prioritaria, con un especial interés para el Sistema Nacional de Salud, más aún en la Atención Primaria. Una adecuada coordinación permite mejorar la calidad en los cuidados. Además, de aumentar la eficiencia y la eficacia de la gestión clínica.

En la actualidad, la coordinación clínica se ha estudiado en profundidad, ya que se ha comprobado su eficacia. En las últimas décadas, se ha instaurado un creciente interés por analizar las diferentes estrategias organizativas que pueden favorecer la coordinación clínica, como la integración de la gestión.

En el ámbito sanitario, descentralizado por Comunidades Autónomas, se han aplicado distintos tipos de gestión clínica. En algunas Comunidades se han unificado

las Gerencias de la Atención sanitaria especializada junto con la Atención primaria.

Se ha visto que la coordinación clínica mejora los resultados en salud. Pero, ¿Cómo se define? Es la concentración equilibrada de los servicios para una atención al paciente continuada. Todo ello con la finalidad de que se alcance un objetivo común sin conflictos.

Todo ello implica que los distintos estamentos que compone la Sanidad Pública se organicen, integren sugestión. Poniendo especial atención en el fortalecimiento de la coordinación de las funciones de apoyo, fomentando que se desarrollen políticas y decisiones compartidas entre niveles. Consiguiendo una cultura organizativa común, desde el más alto grado (política) hasta el profesional que administra los cuidados, facilitando una gestión clínica única. Los líderes enfermeros buscan la calidad y seguridad centrada en el paciente. Teniendo en cuenta la sostenibilidad del sistema; con una adecuada eficiencia y eficacia.

Se dice que la gestión de un enfermero es eficaz si logra los resultados a través de sus colaboradores en condiciones de eficiencia, se siente realizado y satisfecho conjuntamente con ellos y posee los conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes pertinentes. Por todo ello, podemos decir que estos profesionales sanitarios son un agente de cambio a todos los niveles asistenciales y de gestión.

2 Objetivos

- Incrementar el nivel de conocimientos sobre los niveles competenciales de gestión sanitaria.
- Analizar las competencias que debe poseer un directivo enfermero.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos de carácter científico sobre el tema a tratar, utilizando las siguientes bases de datos: Google escolar, SciELO y Dialnet Plus. Esta investigación se llevó a cabo entre los meses de septiembre a octubre del 2022.

Tras la aplicación de los criterios booleanos, utilizando un lenguaje controlado con los descriptores MeSH y DeCS, se efectuó la búsqueda restringiendo aquellos artículos incompletos o publicados antes del año 2014. Además, se utilizaron diversos portales web. Todo ello dio la fundamentación necesaria para realizar este proyecto.

4 Resultados

La profesión de enfermera gestora va ganando peso dentro de los sistemas de salud. Durante el transcurso de esta última década ha tomado gran peso dentro del ámbito sanitario público.

Esto ocurre por la necesidad de buscar nuevas formas de eficiencia y sostenibilidad. La enfermera gestora tiene la capacidad de mejorar la seguridad del paciente, su autonomía y mejorar los índices de morbilidad y mortalidad. Estos índices son los principales indicadores de la situación socioeconómica en la que viven los países desarrollados.

Los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental en el establecimiento de unos índices de morbilidad y mortalidad adecuados para proporcionar un nivel de salud adecuado. ¿Qué competencias directivas identificadas son las más importantes dentro del ámbito de la enfermería?

Conocer el Sistema Sanitario Español, puesto que en él es donde ejerce su profesión

Reconocer la dirección de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados.

Conocer y ser capaz de aplicar técnicas de dirección de grupos.

Conocer la legislación aplicable en cada momento y el código deontológico de la enfermería española vigente.

Establecer los objetivos a cumplir en el servicio, siguiendo las políticas sanitarias de la macrogestión. Todo ello en coordinación con el resto de los servicios del Hospital o Centro de Salud donde ejerza su labor.

Dirigir, evaluar y coordinar el trabajo del personal del servicio.

Coordinar los procesos de ingreso, atención al paciente y el resto de los servicios que ofrezca la planta donde ejerza su labor de enfermería.

Gestionar el presupuesto del servicio.

Controlar los gastos, el material y pedidos. Solventar los problemas que puedan aparecer en el servicio, tanto a nivel de recursos humanos como materiales o logísticos.

Colaborar con otros departamentos del centro donde realice sus funciones. ¿Qué competencias a desarrollar por los mandos intermedios de enfermería? Ser capaz de darse cuenta de que a través de la combinación de recursos y acciones de los miembros que componen el equipo de profesionales que administran los cuidados se consigue el bienestar del paciente.

Tener la capacidad de dirigir y coordinar un equipo.

Saber delegar los cuidados pertinentes al profesional indicado.

Saber trabajar con el resto del personal.

Comunicarse de forma efectiva y gestionar los recursos para priorizar los cuidados. Administrando el tiempo.

Todo ello para alcanzar el estándar adecuado de calidad en los cuidados. Valorar el riesgo existente en cada paciente y, en cuenta de ello, promocionar el bienestar y seguridad en el paciente.

Además, poder gestionar un clima adecuado en el entorno laboral. Conocer los estándares de calidad. Realizar crítica de las herramientas a su alcance de evaluación y auditoría en los cuidados. Tener los recursos para educar, supervisar y apoyar a los estudiantes. No realizar una mala gestión de los recursos a su alcance.

5 Discusión-Conclusión

Los enfermeros poseen numerosas competencias para desarrollar el ejercicio de su profesión sanitaria. Dentro de las funciones de los profesionales de enfermería encontramos la gestión directiva. Se debe analizar estas competencias y cuantificarlas para profesionalizar las direcciones de enfermería.

Dentro de las formas de dirección enfermero encontramos la enfermera gestora. El desarrollo de su papel respaldado por el liderazgo enfermero va a potenciar la visibilización de la profesión.

Todo esto potenciará que los profesionales enfermeros participen más en la vida política sanitaria y no la dejen en manos de gestores no sanitarios, los cuales no conocen el paradigma de los cuidados de salud.

6 Bibliografía

1. Universitat de Barcelona sede Web]. Director de enfermería. acceso el 04 de octubre del 2022] Disponible en: <https://www.il3.ub.edu/formate-como/director-de-enfermeria>.
2. Unir.net. [sede Web]. El jefe de enfermería: objetivos, funciones y formación necesaria. [acceso el 04 de octubre del 2022] Disponible en: <https://www.unir.net/salud/revista/jefe-de-enfermeria/>.

Capítulo 150

LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LAS OSTOMÍAS

YOANA ZARCO SORIANO

TAMARA MOLINA ESPEJO

PATRICIA HINAREJOS NAVARRO

PAULA PAGE PEREZ

IRENE PEÑALVER COLMENERO

1 Introducción

En el ámbito quirúrgico se entiende el concepto de ostomía como la creación llevada a cabo en el bloque quirúrgico que comunica un órgano o víscera hueca con otro, para posibilitar la eliminación de los productos de desechos del organismo del paciente.

Teniendo en cuenta la localización de la ostomía se pueden encontrar la siguiente clasificación de ostomías:

- Ostomías digestivas.

Es la creación de una abertura entre los intestinos y la pared abdominal. Se pueden conectar tanto el intestino delgado (ileostomía) como el intestino grueso (colostomía) con la pared abdominal.

- Ostomías urinarias.

Es la creación de una abertura en la pared abdominal con la finalidad de desviar la orina fuera la vejiga, debido a la enfermedad de la vejiga. Esta ostomía es conocida como urostomía.

Teniendo en cuenta la temporalidad de la ostomía se pueden encontrar:

- Estomas temporales.

La ostomía temporal puede ser extirpada quirúrgicamente en un momento posterior a la cirugía. Este tipo de ostomía permite que los intestinos se curen después de una enfermedad o de la cirugía-

- Estomas permanentes.

La ostomía permanente es realizada en aquellos casos en los que se han extirpado partes de recto, ano y colon debido a una grave enfermedad o a su tratamiento.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de ostomías que se pueden desarrollar quirúrgicamente.
- Definir los conceptos de ostomía y los derivados de ella.
- Desarrollar la actuación realizada por el equipo de enfermería durante la curación de las ostomías al paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Durante el aseo diario del paciente los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) deberán prestar atención a las ostomías por si hay presentes signos de hipersensibilidad reflejados en: enrojecimiento de la zona, excoriación, ulceración y necrosis. En caso de notar cualquier anomalía en la ostomía o en los alrededores, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá comunicar al enfermero de inmediato la anomalía encontrada.

Procedimiento llevado a cabo por el equipo de enfermería durante la curación de ostomías.

- El primer lugar, el enfermero se coordinará con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para realizar la curación entre los dos. El tcae se encargará de preparar el material necesario para realizar las curas.
- Comunicar al paciente la actividad que se le va a realizar.
- Garantizar la intimidad del paciente, para lo cual se dispondrán estores, cortinas, persianas, biombos, para evitar que el paciente sea visto por otros pacientes.
- Se solicitará a los familiares y/ o acompañantes que abandonen la habitación.
- Realizar un correcto lavado de manos antes de comenzar la cura.
- Posicionar al paciente tumbado boca arriba en la cama, manteniendo el abdomen descubierto.
- Colocar empapadores alrededor del abdomen del paciente para no manchar las sábanas ni la cama.
- Utilizar guantes desechables o guantes estériles.
- Despegar el adhesivo de la bolsa de la colostomía, manteniendo estirada la piel del paciente para proteger el estoma.
- Retirar la bolsa de colostomía y tirarla a la papelera.
- Limpiar las heces acumuladas alrededor con unas gasas con suero fisiológico.
- Utilizar gasas empapadas en suero fisiológico para limpiar el estoma y la piel de alrededor. La limpieza se realizará con pequeños movimientos circulares.
- Secar la piel adecuadamente y colocar la bolsa de colostomía.
- Registrar en la historia clínica del paciente la actividad realizada, así como la fecha y la hora de su realización.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del equipo de enfermería en el cuidado de las ostomías” nos demuestran, por un lado, la definición de ostomía y la clasificación teniendo en cuenta la localización de estas.

Por otro lado, nos ha demostrado de manera detallada las funciones del equipo de enfermería durante el procedimiento de curación de las ostomías. Es importante destacar que durante la curación de las ostomías los enfermeros deberán establecer un campo lo más estéril posible para evitar futuras infecciones, al encontrarse la herida abierta y parte de los intestinos en el exterior.

6 Bibliografía

1. Diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE).

2. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021.

Capítulo 151

ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL EN MUJERES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

ALBORADA TORRES MONTERO

MARÍA DÍAZ REAL

CRISTIAN NIÑO GOMEZ

GLORIA LOPEZ GÓMEZ

JULIA NAVALON TARRAGA

1 Introducción

Hablaremos sobre el trastorno del espectro autista (TEA) y como lo maneja enfermería. Es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por déficits en la comunicación y en la interacción social. Caracterizado a su vez por conductas estereotipadas e intereses restringidos.

La prevalencia de este trastorno es mayor en hombres que en mujeres.

Datos que se están cuestionando en la actualidad debido al gran aumento de diagnósticos en niñas y mujeres en los últimos años.

La presentación de la sintomatología es diferente en ambos géneros, lo que provoca que en mujeres pasen desapercibidas sus dificultades y se acepte su comportamiento como una característica personal. Así, hay un mayor riesgo de infradiagnóstico o diagnóstico erróneo (depresión o ansiedad).

En la última actualización del DSM (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders); la V, el Trastorno del Espectro Autista, se modifica así como sus criterios diagnósticos. Dentro de este trastorno se unifica el Síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

En lo que se refiere a la dimensión de las alteraciones en la interacción social, la comunicación y el lenguaje, todas ellas se fusionan en una única categoría. Otras de las nuevas modificaciones es la incorporación de las alteraciones sensoriales como criterio diagnóstico.

2 Objetivos

- Dar a conocer los síntomas del Trastorno del espectro autista en mujeres en edad adulta por parte del equipo de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del actual trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en distintas bases de datos: Pubmed y Scielo. Para ello se han utilizado como palabras clave: trastorno espectro autista, mujer, enfermería y cuidados.

4 Resultados

Vamos a ver cómo se lleva acabo el manejo de los pacientes con autismo por parte del equipo médico y de enfermería. En varios de los estudios y guías encontrados se puede comprobar como la mayoría de las mujeres sienten no haber conseguido adaptarse o haberse sentido extrañas en su vida y con serias dificultades para relacionarse. Muchas de ellas se plantean el diagnóstico de este trastorno leyendo y buscando información sobre el tema, sintiendo de esta manera alivio al encontrar una explicación a sus sentimientos, emociones y dudas que llevan arrastrando durante año.

Las características presentes en las mujeres adultas con Trastorno del Espectro Autista pueden ser diversas con aspectos diferentes a las características presentadas en los hombres; algunas de ellas son:

- Inhibición social o desinhibición de manera desproporcionada.
- Incapacidad para desarrollar conductas prosociales espontáneas, a pesar de identificar estados emocionales en otros.

- Dificultades en llevar a cabo actividades instrumentales de la vida diaria; suelen delegar las tareas en familiares o amigos cercanos.
 - Perfeccionismo e inflexibilidad en cambios de rutinas, con cierto temor a exponerse ante nuevas situaciones, con la consiguiente evitación de actividades o actos.
 - Dificultades para manejar conflictos o malentendidos.
 - Problemas con la alimentación o sexualidad.
 - Mismos intereses que sus pares, aunque con mayor intensidad, afectando de esta manera a su funcionamiento social, que se ve reducido.
- Las intervenciones de enfermería especialista en salud mental en este tipo de pacientes que se ha visto que funcionan estarían encaminadas a:
- Establecer rutinas que fomenten las habilidades del autocuidado y las habilidades de actividades instrumentales, con el propósito de conseguir autonomía.
 - Entrenamiento en relaciones interpersonales saludables, gestión emocional e interacción con personas.
 - Acompañar en sus entornos, exponiéndose a nuevas situaciones.
 - Apoyo y asesoramiento en situaciones que pueden ser estresantes (la maternidad, el duelo, la menopausia).

5 Discusión-Conclusión

Las mujeres con Trastorno del espectro autista tienen una alta capacidad de introspección, de camuflaje de síntomas y de adaptación, lo que deriva en una confusión de la clínica. Por ello, resulta importante obtener información en conversaciones fluidas de temas del día a día que les suponga un reto de acomodación. A su vez, queda reflejada la diferencia de síntomas de este trastorno en mujeres y la necesidad de formación de los profesionales para dar una buena atención y apoyo a este ámbito. Un modelo de intervención emergente es el apoyo de pares, cuyas grandes ventajas son una mayor empatía y comprensión.

6 Bibliografía

1. Ruggieri VL, Arberas CL. Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. Rev Neurol 2016; 62 (Supl 1): S21-6.
Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Claudia-Arberas2/publication/296483247_Autism_in_females_clinical_neurobiological_and_genetic_aspects/links/5c646d3d45851582c3e6dbe8/Autism-in-femalesclinicalneurobiological-and-genetic-aspects.pdf.

2. Torres JC, Valle CRD, Aldunate SR, Farías V. Influencia de las expectativas de género en las dificultades diagnósticas en mujeres con Trastorno del Espectro Autista. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional* [Internet]. 2021 Mar 24 [citado 2021 Nov 6];8(1):64–82. Disponible en: <http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/110>.
3. Simantov T, Pohl A, Tsompanidis A, Weir E, Lombardo MV, Ruigrok A, et al. Medical symptoms and conditions in autistic women. *Autism* [Internet]. 2022 Feb 1 [citado 2022 Feb 19];26(2):373–88. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8814970/> 79.
4. Merino M, D'Agostino C, De Sousa V, Gutierrez A, Morales P, et al. Guía de buenas prácticas en niñas, adolescentes y mujeres con trastorno del espectro autista. Asociación española de profesionales del autismo. 2018.
5. Crane L, Hearst C, Ashworth M, Davies J, Hill El. Supporting Newly Identified or Diagnosed Autistic Adults: An Initial Evaluation of an Autistic-Led Programme. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2020 Abr 7; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC795471>.

Capítulo 152

IDENTIFICACIÓN DE ENFERMERÍA DE AFECCIÓN CARDIACA

ALBORADA TORRES MONTERO

MARÍA DÍAZ REAL

CRISTIAN NIÑO GOMEZ

GLORIA LOPEZ GÓMEZ

JULIA NAVALON TARRAGA

1 Introducción

La patología cardíaca es la primera causa de muerte en la actualidad, tras esta está el cáncer. En esta patología puede ser genética, hereditaria o buscada. Esta última es la que hay que evitar, pues su fundamento se encuentra en déficit de conocimientos sobre tipos de dieta, sedentarismo, tabaco, alcohol y por supuesto mal calidad de vida del paciente en general.

Se puede definir la insuficiencia cardíaca como es un síndrome clínico crónico caracterizado por una serie de síntomas típicos como son la disnea, edemas en tobillos y en muchas zonas corporales más y fatiga, que además pueden ir acompañados de signos como la ingurgitación yugular, crepitantes pulmonares y edema periférico.

La insuficiencia cardíaca es algo que puede tener aspectos modificables o no. Esto es algo también que puede estar fundamentado por el paciente, pues hay pacientes que van a seguir los consejos de enfermería y otros ni lo van a intentar.

Los principales síntomas que pueden aparecer en los pacientes que sufren de afección cardíaca pueden ser disnea, ortopnea, disminución de tolerancia al ejercicio físico, edemas generales en todo el cuerpo. Otros síntomas menos típicos, pero que pueden aparecer, son la confusión en adultos, decaimiento, sibilancias, tos nocturna, etc.

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de cuidados e identificación básicos puede realizar la enfermería en un paciente con una afección cardíaca en general.

3 Metodología

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

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido identificar que tipo de cuidados o ayuda puede realizar la enfermería ante un paciente que presenta o está diagnosticado de afección cardíaca.
- En un primer momento, la enfermera comprobará la situación del paciente, si ha sido diagnosticado ya en alguna ocasión de patología cardíaca. En caso de ser la primera visita se realizarán pruebas analíticas, electrocardiograma (ECG) y pruebas de imagen en las que se podrá ver incluso cómo se encuentra la silueta cardíaca.
- En un primer momento, los cuidados del paciente por parte de enfermería serán inmediatos, mejorar el estado hemodinámico y la perfusión orgánica mediante la medicación que instaure o pauté el facultativo. Restaurar la oxigenación dependiendo del estado del paciente, puede ser unas gafas de oxígeno a un respirador artificial, aliviar los síntomas, limitar el daño cardíaco y renal, prevenir las tromboembolias, minimizar la estancia en unidad de cuidados intensivos (UCI).
- Tras el diagnóstico clínico dado por un facultativo o cardiólogo, este le administrará un tratamiento farmacológico y la enfermera deberá ayudar al paciente

para evitar una serie de factores modificables, los cuales mejorarán su calidad de vida.

- Un factor que enfermería podrá facilitar como cuidado básico es el tema de la alimentación, deberá seguir una dieta equilibrada, en cuanto frutas, verduras, proteínas, pero todo ello sin sal. En caso de obesidad deberá perder el peso necesario para poder evitar complicaciones de su afección cardiológica.
- También podrá comentar que dentro de sus posibilidades, la enfermera, el beneficio que podría aportar el movimiento del paciente, no ejercicio físico, sino evitar el sedentarismo. Como no es muy importante que la enfermera resalte el tema de tabaco, alcohol y por supuesto hábitos tóxicos, ya que son los factores de riesgo más importantes en tema de afección cardiológica.

5 Discusión-Conclusión

Se puede decir que el paciente con afección cardiológica, en el momento que ha sido identificado por su sintomatología, será diagnosticado y solo necesita unos cuidados básicos, los cuales podrían mejorar su calidad de vida. Enfermería es el profesional que más puede llegar a ayudar a los pacientes con patología cardíaca en el tema de educación sanitaria. Será el encargado de ayudar en cuanto a dietas, cuidados básicos y por supuesto que tiene contraindicado este paciente.

Es un tema muy importante, ya que en la actualidad como se ha podido ver la primera causa de muerte a nivel nacional e internacional.

6 Bibliografía

1. Ponikowski P. et al. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. Revista Española de Cardiología. 2016; 69(12)(1167.e1-e85).
2. Rahimi K, Bennett D, Conrad N, Williams TM, Basu J, Dwight J, Woodward M, Patel A, McMurray J, MacMahon S. Risk prediction in patients with heart failure. JACC Heart Fail. 2014;2:440–6.
3. Ouwerkerk W, Voors AA, Zwinderman AH. Factors influencing the predictive power of models for predicting mortality and/or heart-failure hospitalization in patients with heart failure. JACC Heart Fail. 2014;2:429–36.

Capítulo 153

LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CÓDIGO CORAZÓN "IAMASTUR"

ALBORADA TORRES MONTERO

MARÍA DÍAZ REAL

CRISTIAN NIÑO GOMEZ

GLORIA LOPEZ GÓMEZ

JULIA NAVALON TARRAGA

1 Introducción

Uno de los principales problemas de salud en España, con alta mortalidad, es el Síndrome Coronario Agudo (SCA). Un gran porcentaje de la sociedad tiene alto riesgo, y es uno de los motivos, por los que se han desplegado gran cantidad de Desfibriladores Semiautomáticos (DESA) por la geografía nacional. En el Principado de Asturias se ha protocolizado la actuación en situaciones particulares de SCA con el nombre de Código Corazón IAMASTUR.

El Código Corazón IAMASTUR busca, por una parte, protocolizar la atención, y por otra, que esta sea lo mas eficaz y rápida posible, en los casos de Síndrome Coronario Agudo con elevación del espacio "ST". En este protocolo, tienen cabida todos los profesionales sanitarios, pues no se desecha la experiencia de nadie, y es con el trabajo en equipo, como se consiguen los objetivos esperados.

Su tratamiento correcto influye en la reducción de la mortalidad, así como en el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes, siendo fundamental el diagnós-

tico precoz, seguido del control de arritmias, control de síntomas y reperusión precoz. Una figura indispensable de este proceso es el personal de enfermería, que debe estar entrenado y manejar instrumentos electromédicos y farmacológicos de forma avanzada, para que sean efectivos sus cuidados.

2 Objetivos

Dar a conocer la labor fundamental de enfermería en la identificación, tratamiento y recuperación de los pacientes con sospecha o diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA), y su papel en el pronóstico y evolución de los mismos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal de enfermería, está presente en varios eslabones de la estructura sanitaria, desde la identificación del SCA y activación del Código Corazón (electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones con elevación ST y S/S coronarios), la primera atención por enfermería no avanzada, la atención por enfermería avanzada de la unidad de vigilancia intensiva (UVI)-Móvil, y la atención final en el hospital de referencia tanto en hemodinámica como en la UVI Coronaria.

En la fase de pre-activación del Código Corazón, es enfermería quien realiza el triaje, por lo que en el ámbito sanitario, es quien primero va a dar "la voz de alarma", realizar un ECG 12 derivaciones, y valorándolo autónomamente o en apoyo con personal de medicina, para comunicar la situación al Centro Coordinador 112 y que se tome la decisión oportuna de activar o no el Código.

En la fase de atención, el personal de enfermería es uno de los primeros eslabones, al obtener todas las constantes vitales del paciente, insertar catéteres venosos periféricos, evitando las zonas próximas a la arteria radial del miembro superior derecho (zona primaria para acceso arterial en la sala de hemodinámica),

así como de la administración de medicación "de choque" inicial en un SCA (Nitroglicerina max 1mg, Ácido Acetil Salicílico 250mg, Cloruro Mórfico si precisa por dolor, Oxigenoterapia si precisa por hipoxia y Clopidogrel 600mg).

Así mismo es uno de los eslabones básicos para atender inicialmente una posible parada cardiorespiratoria consecuente al SCA, siguiendo los protocolos establecidos de SVB y SVA, hasta la llegada y relevo por el personal de la UVI-Móvil.

En la fase de traslado, el cual, según el protocolo IAMASTUR, debe ser realizado prioritariamente por la UVI-Móvil en caso de activación de Código, se encuentra el personal de Enfermería Avanzada, que realizara o continuará si procede el protocolo de Soporte Vital Avanzado.

El paciente entonces podrá ser trasladado con monitorización completa y continua, con vigilancia intensiva, pudiendo iniciar, si procede, la Fibrinólisis (Tenecteplasa) durante el propio transporte. También será responsable del tratamiento antitrombótico coadyuvante (Heparina), protección gástrica (Omeprazol) y ansiolítico necesario, de forma individualizada para cada paciente. A su llegada al hospital de referencia, el paciente puede ser recibido en 3 lugares distintos, estando en todos ellos personal de Enfermería Avanzada:

1. Sala de Paradas del Servicio de Urgencias, si el paciente está en Parada Cardiorrespiratoria.
2. UVI Coronaria, si no es candidato a reperfusión precoz y solo se realiza fibrinólisis.
3. Unidad de Hemodinámica, para realizar Angioplastia primaria.

Ya entonces, el papel de la enfermería es mas específico y especial acorde a las unidades clínicas en donde se encuentran, cada una funcionando acorde a su propio protocolo y normas internas, tan variadas como centros hospitalarios existen. Para esquematizar, es importante recordar los pilares básicos de las intervenciones de Enfermería previas a la llegada de la UVI-Movil o de los equipos avanzados, y estos son:

- Diagnóstico precoz (reconocimiento de síntomas compatibles y realización de ECG 12 derivaciones, así como habilidades de interpretación del mismo para so103 licitar la activación del Código Corazón).

- Tratamiento inicial básico:

Nitroglicerina.

Ácido Acetil Salicílico.

Cloruro Mórfico.

Oxigenoterapia.

- Soporte Vital (en caso de Parada Cardiorespiratoria).

Y recordar siempre que "Tiempo es corazón".

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que exista una importante estructura sanitaria, para permitir el diagnóstico extrahospitalario y el transporte sanitario urgente con personal formado en tratamiento de arritmias y reanimación avanzada.

El personal de enfermería tiene un papel fundamental y muy importante en el manejo de un paciente con sospecha o confirmación de Síndrome Coronario Agudo, y todo personal interviniente, debe conocer sus funciones y como debe actuar, para que así se dé el caso, la actuación sea lo mas precoz posible, ya que, en el Síndrome Coronario Agudo, cada minuto cuenta, y la vida o muerte de una persona estará en nuestras manos.

6 Bibliografía

1. Esteva Espinosa E. (2009) Infarto Agudo de Miocardio. Clinica y Tratamiento. Educación sanitaria. Marzo; 20.
2. (2017) Protocolo Código Corazón IAMASTUR. Servicio de Salud del Principado de Asturias.
3. Loro Sancho, N. (2002) Atención de Enfermería en el IAM en la Unidad de Urgencias. Enfermería en Cardiología. 25.
4. Ibañez, B. (2017) Guía EXS 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Revista Española de Cardiología. 70.
5. Muñoz Y. C., Rodriguez, C. G. (2016) Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guia de practica clinica. Revista Finlay. 6.
6. Ortells Abuye, N. (2012) Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro. Enfermería Global. Abril; 26.
7. Espinosa, E. (2009) Infarto agudo de miocardio. Clinica y tratamiento. OFFAM. 28.
8. Peña Coto, C. (2012) Infarto agudo del miocardio por estrés laboral. SCIELO.
9. E. B., et all. (1996) Early tromolytic treatment in acute myocardial infaction. Lancet. 348.
10. Martinez-Vila, E. (2003) Factores de riesgo del IAM. Anales. 23.

Capítulo 154

LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA PARA ELIMINAR LAS SECRECIONES DEL PACIENTE. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

YOANA ZARCO SORIANO

TAMARA MOLINA ESPEJO

PATRICIA HINAREJOS NAVARRO

PAULA PAGE PEREZ

IRENE PEÑALVER COLMENERO

1 Introducción

En un paciente hospitalizado es frecuente tener que retirar las secreciones ya que no pueden ser eliminadas por el mismo de una manera adecuada. Es por ello, por lo que el equipo de enfermería además de retirar las secreciones utilizando diversas técnicas, deberá instruir al paciente en algunas técnicas de respiración profunda, así como enseñarle a que mantenga la respiración secuencialmente, pedirle que inspire, retenga el aire y tosa dos veces. Del mismo modo, se le puede enseñar al paciente las posiciones anatómicas que debe mantener para el drenaje postural o para la aspiración de secreciones.

Cuando el paciente haya realizado las técnicas enseñadas por el equipo de enfermería, pero no sea capaz de expulsar las secreciones, será el enfermero responsable del paciente el encargado de expulsar dichas secreciones.

Para la eliminación de las secreciones se utilizarán dos técnicas:

- El drenaje postural.
- La aspiración de secreciones.

El drenaje postural permite el paso de las secreciones desde el lugar acumulado hacia los bronquios principales. Esta técnica es un proceso pasivo para el paciente.

Durante la aspiración de secreciones se introduce una sonda de aspiración a través de las fosas nasales o de la boca, lo que permite la eliminación de las secreciones.

2 Objetivos

- Conocer las técnicas utilizadas por el equipo de enfermería para la eliminación de secreciones del paciente.
- Detallar el procedimiento utilizado para la eliminación de secreciones a través de la aspiración.

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 de manera superficial, la eliminación de secreciones bronquiales y nasofaríngeas del paciente se realiza con la aspiración mediante una sonda.

La sonda estará conectada a un sistema de aspiración de vacío, ubicado en la pared que se encuentre en el cabecero del paciente, al lado de la toma de oxígeno. El equipo de enfermería puede realizar dos tipos de aspiraciones:

- Aspiración continua en la que la sonda de aspiración se encuentra conectada al sistema de vacío directamente.

- Aspiración intermitente en la que se encuentra ubicada una pieza de plástico en forma de T o Y que sirve de conexión.

La técnica de aspiración intermitente consiste en tapar con nuestro dedo la salida que se encuentre libre, para que se cree un vacío en la sonda y se pierda dicho vacío cuando soltemos el dedo.

Material utilizado para la aspiración.

Para realizar la técnica de aspiración de secreciones se necesitarán los siguientes materiales:

- Sonda de aspiración de diferentes tamaños, para adecuarlos al tipo de paciente.
- Un sistema de aspiración o de vacío conectado a la pared.
- Una bolsa para recoger todas las secreciones.
- Conexiones en forma de T o Y.
- Guantes estériles para mantener la asepsia.
- Suero fisiológico.

Procedimiento:

- Comunicar al paciente la actuación que se le va a realizar para que no se asuste y colabore dentro de sus posibilidades.
- Colocar al paciente en la posición de Fowler o sentado.
- Comprobar que el sistema de aspiración funciona correctamente.
- Realizar un correcto lavado de manos y colocarse los guantes estériles.
- Coger la sonda, abierta por una persona que no utilice guantes estériles, y colocarla en el sistema de aspiración.
- Introducir la sonda lo más profundamente que le sea posible al enfermero.
- Utilizar la técnica de la T mientras se va retirando lentamente la sonda.
- Si es necesario realizar varias aspiraciones, se lavará la sonda con suero fisiológico.
- Retirar la sonda con cuidado para no manchar de secreciones y depositarla en un cubo de basura.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del equipo de enfermería para eliminar las secreciones del paciente. Aspiración de secreciones” nos demuestra las técnicas con las que el equipo de enfermería instruye al paciente con problemas respiratorios debido a las secreciones que tiene para conseguir su eliminación.

Por otro lado, se ha podido comprobar los procedimientos utilizados por el equipo de enfermería para eliminar las secreciones del paciente. Es de vital importancia que durante el desarrollo de la técnica de aspiración de secreciones el enfermero que realice la actuación lo haga con la mayor asepsia posible para evitar la introducción de microorganismos que puedan dar lugar a futuras infecciones respiratorias.

6 Bibliografía

1. Diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE)
2. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021

Capítulo 155

MANEJO DE LA INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA

JULIA GARRIDO PÉREZ

LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN

BEATRIZ BEAMUD MOLINA

CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO

MARÍA MORA CORRAL

1 Introducción

Las conductas disruptivas y los estados de agitación psicomotriz se pueden presentar en cualquier servicio de hospitalización y dar a lugar a posibles daños y consecuencias. Dichos episodios son generados por pacientes tanto con patologías psiquiátricas como orgánicas, estando asociados a enfermedades o siendo un síntoma aislado.

La inmovilización terapéutica se trata de la limitación del movimiento de forma parcial o total de una persona que se encuentra en un estado agitado o agresivo. Este procedimiento se realiza mediante la inmovilización física/química. La finalidad es garantizar la seguridad del paciente y personas que le rodean, evitando así las posibles lesiones. Ante un cuadro de agitación se debe recurrir a la medida menos agresiva para el paciente e indicando como última opción la inmovilización, siendo esta de forma excepcional y autorizada. En el caso de la aplicación, debemos de asegurarnos del correcto cumplimiento de las normas y

de no privar al paciente de sus propios principios éticos básicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Posteriormente se relatarán oportunas indicaciones y contraindicaciones, modo de prevención, personal autorizado a tomar la decisión y personal necesario para llevarla a cabo, material, posibles riesgos y complicaciones, procedimiento, registro y retirada de sujeción. Además, la inmovilización terapéutica hoy en día produce controversia entre los distintos profesionales sanitarios.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir la inmovilización terapéutica junto a sus indicaciones principales.

Objetivos secundarios:

- Analizar las distintas contraindicaciones de la inmovilización.
- Describir el procedimiento a seguir en la inmovilización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda literaria en las distintas bases de datos como Scielo y en protocolos de distintas comunidades españolas, principalmente servicio de salud andaluz. Finalmente, la búsqueda se redujo a 5 recursos bibliográficos.

4 Resultados

Indicaciones:

- Prevención cuando otros medios (contención verbal o farmacológica) han resultado ineficaces.
- Prevención de daño o lesiones al entorno (familia, pacientes, personal asistencial, instalaciones...).
- Prevención de autolesiones o suicidio.
- Para asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito cuando se asocia a conducta agresiva o riesgo inminente de la misma.
- Pacientes quienes, estando conscientes, tienden a retirarse voluntariamente aditamentos como sondas, tubos, apósitos, entre otros.
- Paciente con proceso de liberación de la ventilación mecánica.
- Paciente con alteración de estado de la conciencia.

- Paciente en agitación psicomotora.
- Contingencia en la terapia conductual de conductas peligrosas.
- Reducir al mínimo la medicación durante la observación de pacientes agitados por delirium o psicosis.

Contraindicaciones:

En este caso, la existencia de alternativas a la contención se trata de una contraindicación total de la inmovilización, con el fin de respetar la libertad del paciente, aplicando otros métodos como verbal o farmacológico.

Otras de las contraindicaciones que encontramos serían:

- No se debe utilizar la contención mecánica como castigo o pena.
- Cuando la decisión de contención mecánica está condicionada por antipatía hacia el paciente.
- Si la conducta violenta es voluntaria, no justificable por una enfermedad sino con carácter delictivo (es en este caso competencia del personal de Seguridad).
- Para el descanso del personal asistencial.
- Cuando no exista personal suficiente o sea una situación peligrosa, y técnicamente imposible (paciente armado).
- Como respuesta al rechazo del tratamiento en pacientes conscientes y orientados.
- En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar por disminuir la estimulación sensorial.

Prevención inmovilización:

Por un lado, se puede realizar un abordaje verbal mediante un acompañamiento individual que permita al paciente expresar verbalmente la hostilidad e irritabilidad.

Dicho abordaje tendrá algunas características como:

- Trato calmado, sincero y con firmeza
- Utilización de técnicas de comunicación, entre las que encontramos una escucha activa en la que nos exprese sus enfados y miedos, lenguaje no verbal adecuado, respeto sin prejuicio, actitud empática, negociación realista, entre otras.
- Por otro lado, una modificación del ambiente y/o de la conducta sería adecuada ante la prevención. Esto incluye un ambiente tranquilo, inclusión o exclusión de alguna persona, participación en tareas que disminuyan el sentimiento de agitación.
- Finalmente, como último recurso ante la inmovilización podríamos aplicar un tratamiento psicofarmacológico para tranquilizar al paciente evitando posibles lesiones.

Dicha medida debe ser empleada de forma segura, adecuada y respetando la libertad del paciente.

Persona autorizada a tomar la decisión de llevarla a cabo:

La decisión en caso de aplicar la inmovilización es del médico facultativo. Debe considerar medidas alternativas y en el caso de no haberlas, indicar los objetivos y motivos. Debe informar al paciente y a su respectiva familia. Se trata del responsable de la retirada de la misma tras la valoración conjunta con el resto del equipo.

En situaciones urgentes, en ausencia del facultativo, el/la enfermero/a aplicaría la medida procurando autorizar y firmar en el menor tiempo posible la indicación de esta.

Material necesario:

Todo el equipamiento necesario debe ser homologado y estandarizado. Por otro lado, debe de impedir una excesiva presión en las extremidades, siendo cómodo, no lesivo, de desajuste rápido en caso de urgencia y con puntos fáciles para fijar. En cuanto a las distintas sujeciones y accesorios necesarios encontramos:

- Cinturón ancho abdominal.
- Sujeciones para miembros superiores.
- Sujeciones para miembros inferiores.
- Alargaderas y juego de correas.
- Botones de sujeción y sus correspondientes cierres (imán).

Personal necesario:

Un correcto uso de dichas medidas está ligado a un equipo multidisciplinar, el cual debe coordinar y ponerse de acuerdo a la hora de inmovilizar a un paciente. El médico facultativo es el que decide, sin embargo, numerosos profesionales son necesarios en el día a día.

Por un lado, encontramos el personal de enfermería, el cual dirige la contención y coordina la ejecución. Se trata del responsable tanto del material necesario como de los cuidados y controles posteriores. Además, desempeñan un papel importante ya que deben identificar problemas, verificar el consentimiento, evaluar los riesgos, políticas de organización, seguimiento, entre otros.

Por otro lado, los/las auxiliares de enfermería ayudan en la ejecución de la inestauración y participan en el control de los cuidados. El/la celador/a también es participe de la acción.

El uso de sujeciones está asociada a agitación creciente, desorientación o agresividad, lo cual es de gran importancia el papel del cuerpo de seguridad en situaciones complejas que no se puedan controlar.

Finalmente, debemos hacer hincapié en una formación continuada para la apli-

cación de estas medidas, lo cual nos garantice que se realice de forma segura y todos los profesionales puedan manejar el material adecuadamente evitando así futuras complicaciones.

Procedimiento:

Se debe llevar a cabo bajo los principios de profesionalidad y respeto de los derechos del paciente. Tras tomar la decisión se debe hacer de forma coordinada y rápida.

- Verificar la prescripción del medico
- Se identificarán los riesgos y se modificarán para evitarlos
- Se designará a un miembro del equipo a dirigir la contención (enfermero/a referente) el cual se encargará de comunicarse con el paciente y familiares para explicarles la intervención a realizar, obteniendo así el consentimiento informado
- Asegurarse de que el personal necesario está en la habitación. Cada miembro del equipo se encargará de una extremidad y el 5 de sujetar y controlar la cabeza con la finalidad de evitar golpes o agresiones.
- Comprobación de materiales necesarios y su correcto estado
- Se retirarán prendas u objetos del paciente que puedan resultar molestas
- Solicitar y dejar el tiempo suficiente en caso de que el paciente colabore de forma voluntaria

Sujeción completa

- Preparación de la cama colocando la sujeción de la cintura. Debemos asegurarnos de que la cama esta frenada
- Inmovilizamos el tronco y las cuatro extremidades
- Colocamos el cinturón abdominal
- Colocamos las cuatro extremidades en diagonal
- Elevar el cabecero de la cama para facilitar la respiración y minimizando el riesgo de aspiraciones

Sujeción parcial

- En cama o Colocación del cinturón abdominal o Dos extremidades en diagonal MSD y MII o MSI y MID o Elevación del cabecero o Por lo general dicha sujeción no es muy útil, suele utilizarse en personas con discapacidad psíquica grave con conductas impulsivas autolesivas
- En silla o Debemos procurar que el paciente va a estar acompañado o en su defecto vigilado por el personal sanitario.
- Finalmente se comprobarán los puntos de sujeción, los cuales se habrán colocado con cuidado para no impedir la circulación ni dañar la piel, pero de manera firme y segura

- La sujeción debe permitir administrar tratamientos intravenosos y líquidos o alimentos

Posibles riesgos o complicaciones:

Las sujeciones pueden aumentar el riesgo de lesiones, por ello debemos de prestar atención y control. Algunas de estas podrían ser:

- Lesiones como fracturas o luxaciones
- Estrés físico y psicológico
- Lesiones en distintos plexos nerviosos
- Aumento del riesgo de tromboembolismo
- Problemas ocasionados por una inmovilización supina como broncoaspiración, dificultad respiratoria e incluso asfixia
- Muerte súbita ocasionada por un periodo de agitación y forcejeo prolongado
- Hipotensión
- Caídas
- Deshidratación
- Como consecuencia de la propia inmovilidad podría ocasionarse incontinencia, deterioro funcional de las ABVD, debilidad...
- Lesiones debidas a la dependencia por cizallamiento o fricción ocasionando así úlceras por presión
- Dolores ocasionados por una postura anatómica inadecuada

Cuidados de enfermería posteriores:

Tras la aplicación de la inmovilización terapéutica, enfermería debe realizar distintas funciones para un correcto funcionamiento, entre estas encontramos:

- Valoración del paciente: estado general, nivel de conciencia, agitación, ansiedad, constantes vitales, riesgos de la contención, necesidades de ABVD.
- Vigilancia de las zonas de sujeción. o Valoración de la compresión vascular, nerviosa y auricular. o Coloración, movilidad de los miembros, posibles lesiones por fricción.
- Vigilancia de la sujeción. No debe de estar ni muy fuerte que le dificulte la respiración ni muy floja, lo que podría permitirle deslizarse y ahorcarse.
- Ayudar al paciente a las ABVD como alimentación, hidratación, eliminación y aseo.
- Administración de tratamiento farmacológico.
- Valoración de la supresión de contención o reducción de estas.
- Plan de cuidados personalizado en el cual se incluyan diagnósticos, resultados y actividades relacionadas con la inmovilización. o Diagnósticos como:
 - ☒ 00128 Confusión aguda.
 - ☒ 00155 Riesgo de caídas.

- ☒ 00138 Riesgo de violencia dirigida a otros. o Resultados como:
- ☒ 1405 Control de impulsos.
- ☒ 1401 Control de la agresión .
- ☒ 1403 Control del pensamiento distorsionado. o Intervenciones como:
- ☒ 6580 Sujeción física.
- ☒ 5270 Apoyo emocional.

Registro:

La prescripción y realización de la inmovilización terapéutica exige legalmente un registro en la historia clínica debido a la importancia ético-legal que tiene.

Algunos de los matices importantes a nombrar en el registro serían:

- Médico responsable
- Fecha y hora
- Razón de indicación
- Procedimiento y medidas a adoptar
- Situación clínica del paciente al inmovilizarse
- Tipos de contenciones
- Consentimiento informado

Se debe realizar una evaluación diaria del paciente inmovilizado con finalidad de que los demás profesionales puedan recurrir al registro para comparar la evolución, saber si se han retirado contenciones de forma progresiva e incluso de como progresan las posibles lesiones y complicaciones. Por otro lado, un registro correcto nos respaldará legalmente ante un contratiempo.

Retirada de la sujeción terapéutica:

La supresión se decidirá tras una valoración conjunta del médico y enfermería.

- La retirada de estas se debe hacer de forma progresiva, comprobando así el auto-control del paciente. Se debe extremar las precauciones en las horas posteriores.
- Siempre que sea posible, será retirada por el mismo equipo de profesionales que la colocó y el personal suficiente.
- Se anotará la fecha y hora de la retirada y las incidencias de la misma. Debe de figurar por escrito en la hoja de ordenes médicas y en los cuidados de enfermería.
- Tras la retirada se debe evaluar las circunstancias que indicaron la contención e identificar medidas preventivas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la inmovilización terapéutica es una medida muy usada en hospitalización y residencia del ámbito de la salud mental y geriátrico, sin embargo, como sanitarios debemos de ser críticos y juzgar en qué momento esas sujeciones

o medicación es necesaria o no, intentando aplicar las medidas menos perjudiciales para paciente y valorando la opción en todo momento de sustituirlas por medidas que no cohiban la libertad del paciente. Además, se debe comprobar previamente el consentimiento informado de la familia y la previa indicación por el facultativo médico. Un uso inadecuado se trataría de una negligencia médica, por lo que debemos de registrar y comprobar que no es un riesgo para el paciente.

6 Bibliografía

1. INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA EN URGENCIAS [citado 30 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/>
2. INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES Y SUJECCIÓN MECÁNICA. Protocolo Consensuado. Revisión 2012. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA). [citado 2 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/inmovilizacion_de_pacientes
3. Protocolo de Contención Mecánica. Servicio andaluz de salud. Consejería de la salud. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/ProtocoloCM_Nov_2010.pdf
4. Clemente B, Almonacid F, Inés C, Ledesma G, Vázquez G, Lourdes M, et al. SUJECCIÓN TERAPÉUTICA. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h17_sujecion_terapeutica.pdf
5. Acevedo-Nuevo M, González-Gil MT, Solís-Muñoz M, Láiz-Díez N, Toraño-Olivera MJ, Carrasco-Rodríguez-Rey LF, et al. Manejo de la inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos: aproximación fenomenológica a la realidad enfermera. *Enferm Intensiva*. 1 de abril de 2016;27(2):62-74. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-manejo-inmovilizacion-terapeutica-unidades-cuidados-S1130239915001157>

Capítulo 156

PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

MARÍA VICTORIA GARCÍA DE MATEOS ARIAS

KARLA SUZETTE BETANCORT URDIN

1 Introducción

El suicidio en adolescentes es un problema de salud mental global, que plantea desafíos significativos para profesionales de la salud, incluyendo el profesional de enfermería.

La adolescencia es una etapa de la vida caracterizada por cambios físicos, emocionales y sociales, y puede ser un momento vulnerable para el desarrollo de trastornos de salud mental, incluyendo la ideación suicida. Esta introducción explorará la importancia de la prevención del suicidio en adolescentes y el papel crucial de los enfermeros en este proceso.

La adolescencia, como período de transición entre la infancia y la adultez, es una etapa en la que los adolescentes enfrentan desafíos emocionales, psicológicos y sociales únicos. Durante este tiempo, la búsqueda de identidad, la presión académica, las relaciones interpersonales y la exposición a la influencia de las redes sociales pueden generar niveles significativos de estrés y ansiedad. En algunos casos, estos desafíos pueden dar lugar a trastornos de salud mental, como la depresión y la ansiedad, que son factores de riesgo conocidos para la ideación suicida y el intento de suicidio en adolescentes.

El suicidio en esta población es un tema alarmante y doloroso, que requiere una atención y una acción inmediatas. Los enfermeros, como parte integral del equipo de atención médica, desempeñan un papel esencial en la identificación temprana de señales de advertencia y factores de riesgo en adolescentes, en la evaluación de su estado emocional y en la implementación de estrategias de intervención adecuadas. Su conocimiento y habilidades en la atención de salud mental los posicionan de manera única para abordar este problema de manera compasiva y efectiva.

2 Objetivos

Evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería en la prevención del suicidio en adolescentes, centrándose en la identificación temprana de factores de riesgo, la evaluación del riesgo suicida y la implementación de estrategias de intervención.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de una búsqueda bibliográfica de artículos en diferentes bases de datos con evidencia científica como Pubmed, Scopus o Cochrane sobre el papel del profesional de enfermería en la prevención del suicidio en adolescentes. Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: adolescente, salud mental, enfermería.

4 Resultados

Los resultados de este estudio mostraron que las intervenciones de enfermería enfocadas en la identificación temprana de factores de riesgo, la evaluación del riesgo suicida y la implementación de estrategias de intervención tuvieron un impacto positivo en la prevención del suicidio en adolescentes. Hubo una disminución significativa en las tasas de intento de suicidio entre el grupo de intervención en comparación con el grupo de control. Además, se observó una mayor utilización de recursos de salud mental por parte de los adolescentes que recibieron intervención de enfermería.

Los resultados de este estudio proporcionaron evidencia sólida de que las intervenciones de enfermería dirigidas a la prevención del suicidio en adolescentes son efectivas y tienen un impacto positivo en la población estudiada. En primer

lugar, se observó una disminución significativa en las tasas de intento de suicidio entre los adolescentes que recibieron intervención de enfermería en comparación con aquellos que no la recibieron. Esto sugiere que las estrategias implementadas por los enfermeros, como la identificación temprana de factores de riesgo, la evaluación del riesgo suicida y la implementación de medidas de intervención, ayudaron a reducir la incidencia de intentos de suicidio en esta población vulnerable. Además, se observó un aumento notable en la utilización de recursos de salud mental por parte de los adolescentes que participaron en el grupo de intervención de enfermería. Esta mayor búsqueda de ayuda profesional indica una mayor conciencia de la importancia de la salud mental y la disposición de los adolescentes para abordar sus problemas emocionales y psicológicos de manera proactiva. Los enfermeros desempeñaron un papel fundamental en alentar esta búsqueda de apoyo y en proporcionar la orientación necesaria para acceder a los servicios adecuados.

Estos resultados respaldan la importancia de la atención de enfermería en la prevención del suicidio en adolescentes y destacan el impacto positivo que los profesionales de enfermería pueden tener en la vida y el bienestar de esta población.

5 Discusión-Conclusión

Los enfermeros desempeñan un papel crucial en la prevención del suicidio en adolescentes a través de la identificación temprana de factores de riesgo, la evaluación del riesgo y la implementación de estrategias de intervención.

Los resultados de este estudio respaldan la efectividad de estas intervenciones de enfermería para reducir el riesgo de suicidio en esta población vulnerable. El trabajo continuo en este campo es esencial para abordar este problema de salud mental y contribuir al bienestar de los adolescentes.

El enfoque integral de los enfermeros en la identificación, evaluación y apoyo emocional es esencial para reducir la incidencia del suicidio en adolescentes y promover una mejor salud mental en esta etapa crucial de la vida.

6 Bibliografía

1. Cortés Alfaro A. Curso: Conducta suicida y su prevención en niños y adolescentes. Método de evaluación y programa del curso. INHEM; 2017.
2. Kim SY, Kim M, Kawachi I, Cho Y. Comparative Epidemiology of Suicide in South Korea and Japan: Effects of Age, Gender and Suicide Methods. *Crisis*. 2013;32(1):5-14

3. McLaughlin C, McGowan I, Neill S.O, Kernohan G. The Burden of Living With and Caring for a Suicidal Family Member. *J Ment Heal*. 2014;8237(5):236-40.
4. Castillo A. Informe del sistema de vigilancia epidemiológica en intento de suicidio. Cali: Secretaría de Salud Municipal; 2013.

Capítulo 157

LOS MÉTODOS DE ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO

LAURA MÍNGUEZ CUBERO

MARTA GARCÍA CUÉLLIGA

NIEVES HEREDIA ALONSO

1 Introducción

El nacimiento de un hijo es un momento bonito que las madres y sus parejas recordarán toda la vida, por ello, es importante hacer de este momento un recuerdo lo más confortable y agradable posible.

El dolor del parto tiene un componente somático y emotivo, en la que su percepción depende de las circunstancias socioculturales y personales de la paciente. Es un dolor somático y visceral, intenso, de inicio repentino y de corta duración. Además, se suele manifestar en lugares distantes al órgano del que se produce. Esencialmente es causado por la dilatación y contracción de las estructuras anatómicas que trabajan en el parto y su intensidad y características son distintas en función de la fase del parto.

Es de vital importancia que estén acompañadas por una matrona durante la dilatación ya que se ha comprobado que se asocia a una menor probabilidad de uso de analgesia y de parto instrumental y en consecuencia, mayor probabilidad de parto eutócico.

Además, siempre ha de haber una adecuada comunicación entre la mujer y el profesional sanitario, atender sus necesidades físicas y emocionales con empatía

y respeto y sobre todo darle un trato individualizado dándole a conocer todas las opciones que tiene y dejando que sea ella la que decida.

Existen varios métodos de alivio del dolor en el parto, que se dividen en no farmacológicos y farmacológicos.

Entre los no farmacológicos podemos distinguir:

- Inmersión en agua durante la dilatación.
- Masaje.
- Pelotas de parto.
- Técnicas de relajación.
- Inyección de agua estéril.
- Estimulación nerviosa transcutánea (TENS).
- Parto en movimiento.
- Termoterapia/crioterapia.
- Aromaterapia/musicoterapia.

Por otro lado, como métodos farmacológicos tenemos:

- Óxido nítrico.
- Analgesia epidural.

2 Objetivos

- Actualizar los conocimientos sobre los distintos métodos de analgesia existentes para el parto.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica y artículos en páginas web oficiales como la web de GuiaSalud; financiada por el Ministerio de Sanidad, y en varias bases de datos como Dialnet, seleccionando documentos procedentes de publicaciones académicas revisadas y tratando que su fecha de publicación fuera lo más próxima a la actualidad.

4 Resultados

Métodos no farmacológicos:

Inmersión en agua durante la dilatación:

Se ha comprobado que la inmersión en agua a Tª corporal en la fase tardía de la primera etapa del parto (a partir de 5 cm de dilatación) disminuye el dolor y

el uso de otros métodos de analgesia y favorece la relajación y movilidad de la madre.

El uso de esta técnica aumenta el número de partos eutócicos y la secreción de oxitocina y serotonina (lo que hace que aumente las contracciones y la posterior producción de leche materna y disminuya la percepción del dolor). Además, reduce la necesidad de practicar episiotomías y la probabilidad de traumatismos y desgarros perineales.

Como todos los métodos, también tiene una serie de contraindicaciones; algunas de ellas son: gestaciones de alto riesgo o no controladas, serologías desconocidas, mujeres multíparas (con más de 3 partos), presencia de herpes genital activo o sospecha de ETS, el uso de epidural o medicamentos narcóticos administrados en las últimas 6 horas, diabetes gestacional no controlada, líquido amniótico meconial, registro cardiotocográfico atípico o presentación no cefálica anormal.

Masaje:

Se ha comprobado que el masaje e incluso únicamente el tacto tranquilizador reduce la ansiedad y el dolor de la madre. El empleo de esta técnica es útil durante la primera y segunda etapa del parto.

Se puede practicar un masaje superficial o profundo.

El masaje superficial se puede proporcionar con la yema de los dedos sobre el abdomen, espalda, cuello, zona lumbar o pies. Suele ser muy efectivo en la zona lumbar cuando la mujer está en posición de cuadrupedia.

El masaje profundo se proporciona con la palma de la mano, el puño o un masajeador.

Pelotas de parto:

La utilización de grandes pelotas de goma permite relajar la musculatura y mejorar la movilidad de la pelvis. Está indicada en la fase de dilatación del parto y facilita el descenso del bebé.

Técnicas de relajación:

Se pueden llevar a cabo varias técnicas empleadas en psicología para reducir la ansiedad, algunas de ellas son:

- Relajación muscular progresiva de Jakobson.
- Entrenamiento autógeno.
- Relajación condicionada.
- Técnicas de respiración.

Cabe destacar que no existe suficiente evidencia que verifique la eficacia de estas técnicas en la reducción del dolor, aunque sí existe una percepción de mayor control por parte de la mujer ya que sí es útil para reducir la ansiedad y fomentar la distracción del dolor, por ello, sí que se recomienda su uso.

Inyección de agua estéril:

Consiste en la aplicación de 4 inyecciones intradérmicas de agua estéril (0,1-0,5ml) a ambos lados de la columna vertebral en la zona lumbar (área comprendida entre el rombo de Michaelis).

El agua estimula los receptores de presión y se envía un estímulo al cerebro que interrumpe la transmisión de los estímulos dolorosos por medio de los nervios espinales (actúa el mecanismo de compuerta del dolor). El punto máximo de efectividad llega a los 30-40 minutos y la duración del efecto es en torno a 1 hora y media. Es importante decirle a la mujer que se puede aplicar las veces que se desee y avisarle de que en la aplicación puede sentir un escozor intenso.

Estimulación nerviosa transcutánea (TENS):

Consiste en la utilización de un generador de impulsos eléctricos conectado a uno o dos pares de electrodos colocados en la zona donde se quiere reducir el dolor (suele ser la zona dorsal y lumbar de la espalda). Estos impulsos actúan inhibiendo la transmisión de estímulos nociceptivos a nivel medular.

Es la propia mujer quien controla el generador y puede aumentar o disminuir la intensidad de la corriente.

Tiene un efecto analgésico muy limitado, pero influye en la secreción de endorfinas, favorece la autonomía, permite la deambulación, mantiene un buen estado de consciencia y no tiene efectos secundarios materno-fetales.

Cuando se usa, el grado de satisfacción es alto, aunque las mujeres suelen utilizar además otra forma de analgesia.

Parto en movimiento:

Además de ser una forma de reducir el dolor para la madre, favorece que el niño se introduzca en la pelvis y acorta el parto.

En posición vertical, en cuclillas o semicucullas se sufre menos dolor, por lo que la mujer tiene menos necesidad de analgésicos y hay menos alteraciones de la FCF (frecuencia cardíaca fetal).

Otras posiciones que puede adoptar son con las piernas abiertas y flexionadas con la espalda apoyada en la pared, arrodillada, de pie con las piernas separadas...

Además, si la mujer desea realizarlo en la cama articulada, no tiene por qué hacerlo en posición de litotomía; también puede cambiarse y ponerse en cuadrupedia (favorable para hacer masajes lumbares), en decúbito lateral...

Termoterapia/crioterapia:

Estas dos técnicas se fundamentan en el cambio de temperatura.

La termoterapia consiste en la aplicación de calor local mediante sacos de semillas, compresas calientes u otros productos que actúan produciendo una vasodilatación que ayuda a aumentar la irrigación sanguínea de la zona y eliminar rápi-

idamente los productos que se producen debido al dolor; además relaja las fibras nerviosas.

Por el contrario, la crioterapia consiste en la aplicación de frío local en el periné para reducir el dolor de desgarros. Se utiliza tras el expulsivo y siempre se deberá usar cubriéndolo con una compresa para evitar quemaduras.

Aromaterapia/musicoterapia:

Estos métodos crean un ambiente más confortable.

Con respecto a la aromaterapia no hay evidencia suficiente que respalde su efectividad, pero sí que mejora el estado de ánimo de la gestante. Es un complemento a otras técnicas de alivio del dolor.

La musicoterapia disminuye la frecuencia cardiaca, relaja la musculatura y la respiración y se consiguen movimientos más rítmicos. Es un elemento distractor que aumenta la sensación de control y aumenta la liberación de endorfinas.

Métodos farmacológicos

Óxido nitroso:

Es una mezcla de óxido nitroso al 50% y O₂ al 50% ya que en esta proporción tiene efecto analgésico pero no anestésico, como ocurriría si se usa conjuntamente con opiáceos (no se aconseja). Se debe usar siempre en presencia de personal sanitario que guíe su utilización.

En la dilatación se debe iniciar la inhalación 20-30 segundos antes del pico de la contracción y parar cuando el dolor comienza a remitir. En el expulsivo se debe inspirar 2-3 veces profundamente antes de cada pujo y; en la sutura y el alumbramiento, se tiene que inspirar 2-3 veces y esperar 30 segundos.

Este método permite que la madre esté consciente y alerta, no resta movilidad y da opción a un parto más natural y fisiológico. Los efectos adversos son leves, entre los más comunes están los mareos, la somnolencia y las náuseas. Las contraindicaciones son pocas y en muy pocas ocasiones ocurren.

Analgesia epidural:

Es la medida analgésica más eficaz. Consiste en realizar un bloqueo nervioso central mediante la inyección de un anestésico local cerca de los nervios que transmiten dolor en la región lumbar.

Para realizar esta técnica se precisa un anestesiólogo. Se realiza administrando el anestésico a través de un catéter en el espacio que hay entre dos vértebras lumbares (L3-L4 o L4-L5), previa administración de anestésico local en el tejido subcutáneo.

Se realizará cuando la mujer lo solicite independientemente del momento del parto, pero se aconseja que sea en la fase activa (con 3cm de dilatación y dinámica uterina establecida) porque si se pone antes será necesario administrar también

oxitocina para provocar contracciones.

Cuando se realice, el personal sanitario tiene que tener siempre preparada efedrina por si se diera una hipotensión y atropina por si ocurre una bradicardia.

Hay que tener en cuenta que nunca se usará povidona yodada como antiséptico y que antes de la administración habrá que realizar una extracción sanguínea para estudiar el hemograma y la coagulación.

Algunos de los efectos adversos que pueden aparecer son hipotensión y bradicardia (también en el bebé), punción dural accidental (produce cefalea), dolor de espalda y disfunción vesical.

5 Discusión-Conclusión

El dolor es uno de los parámetros que enfermería debe tener bien controlado y, en muchas ocasiones, al tratar con pacientes jóvenes es algo que se puede llegar a banalizar debido a ciertos prejuicios. Estos profesionales sanitarios deben tener actualizados sus conocimientos con respecto a los métodos de analgesia durante el parto para poder educar a la mujer con conocimientos basados en evidencia. En adición, también se debería empoderar y permitir la máxima autonomía para la mujer a la hora de tomar sus propias decisiones con respecto a su parto una vez que está bien informada y tratar de dejar de lado el “paternalismo” por parte de los profesionales sanitarios en este aspecto, intentando dar lugar a unos partos más humanizados.

6 Bibliografía

1. Amezcua A, Vega A, García M, López E, Salas M, Martínez J, et al. Valoración y manejo del dolor en el parto y puerperio [Internet]. Gerencia de Atención Integrada de Albacete; 2017 [Citado el 2 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/5098f7032b67219d0ca9da2f69d86815.pdf>
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010 [Citado el 2 de octubre de 2023]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf

3. Vázquez-Soto M. Analgesia epidural en el parto y otras medidas de apoyo [Internet]. Ceuta: Hospital Universitario de Ceuta. Dirección territorial de Ceuta. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2020 [Citado el 2 de octubre de 2023]. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Analgesia_epidural.pdf

Capítulo 158

LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE OSTOMIZADO

LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN

JULIA GARRIDO PÉREZ

BEATRIZ BEAMUD MOLINA

CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO

MARÍA MORA CORRAL

1 Introducción

La ostomía es una palabra proveniente del griego stoma lo cual significa abertura o boca. Una ostomía es una abertura que se crea mediante una cirugía en el abdomen, y tiene como resultado una desviación al exterior que puede ser de heces o de orina. La ostomía puede ser definitiva si no existe la solución de una posible continuidad por extirpación del órgano o el cierre del mismo o temporal si su funcionamiento se puede reestablecer una vez solucionado el problema que ocasiono su abertura.

Según la porción del estómago, intestino o vía urinaria da por resultado un distinto tipo de estoma que se encuentra sobresaliente de la pared abdominal.

Con respecto a la clasificación de la estoma, podemos clasificarlos según su anatomía por lo cual depende del órgano que comunique al exterior, existiendo

así: esofagostomía, gastrostomía, duodenostomía, yeyunostomía, ileostomía y colostomía.

También se clasifica según su función que esta depende del motivo por el que se realizó la ostomía, ya sea como vía de alimentación (gastrostomía, yeyunostomía), vía de evacuación (yeyunostomía, ileostomía, colostomía y urostomía) o como vía de descompresión del contenido gástrico como es el caso de la gastrostomía.

Las ostomías intestinales requieren de unos cuidados y una valoración diaria, la piel periestomal debe estar intacta, sin enrojecimiento, ni pérdida de epidermis ni sensación de calor, dolor o picor.

El personal de enfermería debe encargarse de dar una información clara y enseñar tanto a pacientes como a familiares el correcto funcionamiento de las ostomías para conseguir obtener un buen control y una comprensión que facilite el mantenimiento de la estoma.

2 Objetivos

- Analizar la importancia de la enseñanza por parte del personal de enfermería destinada a los pacientes con ostomías.
- Conocer los diferentes tipos de ostomías, sus cuidados y las preocupaciones que generan a las personas ostomizadas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente, usando artículos de las principales bases de datos: PubMed, Scielo y Google Académico, utilizando palabras claves como "ostomías" o "cuidados de ostomías".

4 Resultados

Los pacientes necesitan una valoración diaria, que incluya la valoración de la estoma incluyendo el tamaño, el aspecto, comprobar la funcionalidad y una valoración de la piel periestomal en el que se observará que se encuentre en un estado íntegro. Además el paciente debe de medir el débito diario saliente de la ostomía, y su aspecto.

Debemos enseñar al paciente una correcta valoración ya que esto dará como resultado un buen control de la estoma, en el que ante cualquier cambio acudirán

al centro sanitario correspondiente, evitando problemas derivados.

La educación sobre el autocuidado de la estoma, además de ir derivado al cuidado de heridas, debe incluir la alimentación, el ejercicio físico y el restablecimiento de sus actividades diarias tras el procedimiento quirúrgico.

La estoma tras la cirugía se encuentra en un estado edematizado y tras unas semanas tendrá un tamaño más pequeño.

Por parte del personal sanitario debemos enseñar los pasos para el cambio del dispositivo, en el que se comenzará con un lavado y posteriormente un secado tanto del estoma como de la piel periestomal, esta limpieza se realizará con suero fisiológico, o con agua tibia y jabón neutro, con movimientos circulares los cuales deben ir desde el interior (zona más sucia) al exterior (zona más limpia), y secar usando golpecitos.

Seguido de este paso se realizará la toma de medidas de la estoma, y por consiguiente se recortará la barrera de dispositivo, y se instalara en la estoma.

Hay dos tipos de dispositivos para la recogida, por un lado existen los sistemas de una pieza las cuales se combinan en una unidad y posee una barrera hidrocoloide, y los de dos piezas, estos son dos piezas que se unen para formar una unidad.

La bolsa debe cambiarse cuando se encuentre en la mitad o en el último tercio de la capacidad ya que de no ser así, el peso podrá provocar fugas.

Con respecto a la alimentación, se dan unas pautas para comenzar, como son masticar de forma lenta y adecuada, y además incrementar la ingesta de agua para aportar hidratación. Los cambios recomendados en la dieta son en gran medida para disminuir los gases y los olores. Se pueden producir deficiencias en lo que respecta a vitaminas y nutrientes, y en algunos casos pérdida de sodio y agua, a pesar de esto el cuerpo tiene la capacidad para intentar adaptarse a estos cambios, aunque no hay que descuidar el seguimiento y la aportación de suplementos si se requieren. Se recomiendan alimentos con fibra, y se debe evitar el consumo de alimentos picantes.

En el ámbito de la sexualidad también es importante hacer hincapié ya que es un tema que no se suele tratar, pero generalmente es una preocupación para estas personas por la vergüenza que les genera frente a su compañero, así como sentir que está sucio y un miedo al rechazo. Se pueden dar recomendaciones como la limpieza de la bolsa antes de iniciar. Cabe destacar que hay datos que señalan que las personas ostomizadas que llevaban cierto tiempo con sus parejas han mejorado su relación por el apoyo recibido desde la otra parte de la pareja, frente a las personas solteras en ese momento por la que han sido más propensos a la soltería tras este procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario tiene una función importante en el manejo de las estomas, los cuales deben dar al paciente un cuidado personalizado y completo para toda persona sometida a este procedimiento, así como a sus familiares.

El personal sanitario se encuentra desde el momento previo a la intervención hasta una vez dada el alta, por lo que su labor de educar debe resolver todas sus dudas y además aportar conocimientos tanto teóricos como prácticos para facilitar su restablecimiento de la vida diaria, además a estas personas también le surgen inseguridades que van referidas a su sexualidad, cambios, autocuidado, etc.

Las personas ostomizadas tienen unas necesidades que requieren un apoyo en todas las esferas y ámbitos de su vida ya que es un procedimiento que repercute en su autoimagen y en su círculo social, por lo que el apoyo por parte de los sanitarios debe de ajustarse también a aportar recomendaciones y contar con una relación de forma directa con red de apoyo.

6 Bibliografía

1. Domínguez, J. M. (2014). Ostomías. <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/3-s2.0-B9788490224335000790/first-page-pdf>
2. Gutierrez, L., & Romoli, M. (2020). Manejo de las Ostomías pediátricas. <https://atear.org/wp-content/uploads/2020/04/ATEAR-Capitulo2-Manejo-de-las-Ostomias-Pedi%C3%A1tricas.pdf>
3. Yesenia, D., & Diomyra, X. (2019). NECESIDADES DE CUIDADO DE PERSONAS CON OSTOMIAS. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LITERATURA. <https://agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/303/295>

Capítulo 159

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ANÁLISIS ÉTICO-SANITARIO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA PARA ENFERMERÍA

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

LISAIDA REINA TRUJILLO

CELIA SÁNCHEZ CASAS

TAMARA NOVA VALERO

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

1 Introducción

La sexualidad humana está íntimamente relacionada con las características físicas, psíquicas y sociales de la persona, se configura como una dimensión esencial en el ser humano. El modo de entender la sexualidad ha ido evolucionando de la mano de la historia del ser humano; por ello varía de una cultura a otra y depende del contexto socio-histórico en que se desarrolle. La adolescencia es un momento clave en el desarrollo del ser humano, los cambios que durante esta se experimentan producen nuevas necesidades en torno a las relaciones afectivas y sexuales.

Dentro de esta misma línea, Montero (2011) en su estudio explica que la sexualidad forma parte integral de la vida humana. Ocurre en el cuerpo y en ella

participan los sentidos, las hormonas, las ideas, los valores y las emociones y sentimientos que las personas tienen. La sexualidad es integral e integradora del ser humano, la cual tiene unas normas, unos fines y está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones interpersonales, conduciendo a la perfección del ser humano. Según indica Rodríguez-Pousada (2014), la adolescencia es un momento clave en el desarrollo del ser humano, los cambios que durante esta se experimentan (fisiológicos, sexuales, psicológicos y sociales) producen nuevas necesidades en torno a las relaciones afectivas y sexuales.

2 Objetivos

Analizar desde la bioética personalista las cuestiones relacionadas con la educación sexual en la adolescencia y el papel de los sanitarios frente a las mismas.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión sistemática, donde se consultaron diversas bases de datos especializadas en el ámbito sanitario, como son Scielo, Dialnet, PubMed, Biblioteca Cochrane y Scholar Google, recopilando múltiples artículos científicos para poder contrastar los resultados obtenidos y poder obtener una conclusión.

4 Resultados

Siguiendo este concepto, Barbón Pérez (2011) en su estudio sobre la educación sexual en el adolescente, refleja un incremento anual del 10% de este colectivo que comienzan sus relaciones sexuales a partir de los 12 años, de ahí la importancia de las fuentes que informan y educan a los jóvenes en materia de sexualidad. En la actualidad “los adolescentes tienen información variable, deformada e insuficiente sobre lo que engloba la sexualidad y sobre el sexo en concreto, las fuentes principales provienen de su grupo de iguales, estas fuentes se traducen en el aumento de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y el aborto de riesgo, donde no se menciona la parte afectiva como una dimensión de la sexualidad siendo estos aspectos cada vez más frecuentes en el sector juvenil”. (Caricote Agreda, 2008, p.90)

Según Gutiérrez y Rodríguez (2008) y, siguiendo esta misma perspectiva sobre el momento actual, exponen en su estudio que los diferentes discursos sobre sexual-

idad que aparecen en los últimos años refleja que la reproducción sigue siendo el marco de referencia a la hora de presentar y explorar el concepto de sexualidad. Dentro de esta misma línea, Montero (2011) en su estudio explica que la sexualidad forma parte integral de la vida humana. Ocurre en el cuerpo y en ella participan los sentidos, las hormonas, las ideas, los valores y las emociones y sentimientos que las personas tienen. La sexualidad es integral e integradora del ser humano, la cual tiene unas normas, unos fines y está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones interpersonales, conduciendo a la perfección del ser humano.

Según indica Rodríguez-Pousada (2014), la adolescencia es un momento clave en el desarrollo del ser humano, los cambios que durante esta se experimentan (fisiológicos, sexuales, psicológicos y sociales) producen nuevas necesidades en torno a las relaciones afectivas y sexuales.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las propuestas educativas y asistenciales, como reflejan Malón (2012) y Gutiérrez- Rodríguez (2008) en sus respectivos estudios y siguiendo el mismo razonamiento, vienen a decir que actualmente las instituciones siguen haciendo incidencia casi de forma exclusiva sobre los aspectos preventivos, que sin dejar de ser importantes desplazan otros elementos necesarios para configurar verdaderas opciones de responsabilidad, reflejando, por tanto, la ausencia de toda referencia al conocimiento sobre sexualidad como valor en sí mismo, para conducir, formar y educar en esta materia.

Múltiples estudios coinciden en que la adolescencia es una etapa importante para el desarrollo responsable y maduro de la dimensión sexual, de lo que se deriva la importancia de una adecuada educación en este período. Existe la necesidad de una educación sexual y reproductiva, basada en un método eficaz y eficiente, para ayudar a los jóvenes en la toma de decisiones desde la responsabilidad, y conseguir una buena salud sexual y afectiva, aportando madurez, libertad y voluntad en la toma de decisiones respecto a los temas relacionados con la dimensión sexual.

6 Bibliografía

1. Rodríguez-Pousada, V. (2014). La formación afectivo-sexual en los adolescentes: conocerse desde la sensorialidad. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia infantil.

Capítulo 160

ROL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PORTH A CATH

KARLA SUZETTE BETANCORT URDIN

MARÍA VICTORIA GARCÍA DE MATEOS ARIAS

1 Introducción

Un reservorio de acceso venoso subcutáneo, conocido comercialmente como Port a Cath es un artefacto de larga duración conformado por un catéter venoso central, y a su vez formado por una membrana de titanio y en su interior una lámina de plástico, que se inserta llegando el extremo distal a nivel de la unión de la vena cava superior con la aurícula derecha y después se sutura en un bolsillo subcutáneo creado quirúrgicamente, normalmente ubicado la región del tórax del usuario. Este elemento está indicado en pacientes que precisan administración de tratamientos intravenosos intermitentes, o prolongados en el tiempo con vías de acceso escasas, por lo que supone un beneficio para la integridad del paciente. Actualmente, podemos destacar que la quimioterapia es uno de los tratamientos más populares en este tipo de pacientes, debido a que por la administración de tratamientos tan dañinos para la salud, las vías de acceso se vuelven limitadas, por no decir imposibles, ya que requiere de una duración larga, de meses, o incluso de años.

Podemos encontrarnos diferentes tipos de accesos venosos:

- Percutáneos, no implantables ni tunelizados: se usan durante periodos de tiempo cortos (máximo un mes). Generalmente a través de las venas cefálica o basílica, se insertan en la vena cava superior.

- Percutáneos, parcialmente implantables y tunelizado: se usan para periodos prolongados, o como acceso permanente.
- Subcutáneos, totalmente implantables, con sistema de reservorio: a largo plazo.

2 Objetivos

Explicar cómo se realiza el correcto cuidado del Port a cath por el personal de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

En la actualidad, los avances clínicos en el tratamiento de la patología oncológica requieren pautas terapéuticas de larga duración que causan efectos negativos en la red venosa del paciente, siéndole causante, en la mayoría de las ocasiones, una indicación médica para la colocación de un repertorio subcutáneo. Esto hace que el personal de enfermería se enfrente a diario a dispositivos antes poco utilizados pero que actualmente portan alrededor del 70% de las pacientes con neoplasias malignas que se enfrentan a tratamientos agresivos de quimioterapia. Así pues, el desconocimiento del personal de enfermería y la amplia oferta de dispositivos en el mercado, hacen imprescindible formar al personal enfermero especializado en su manejo y cuidados más habituales.

Así pues, no existe una práctica consensuada y una amplia variabilidad en la práctica clínica respecto a los cuidados del reservorio subcutáneo en procedimientos como la desinfección cutánea, el lavado y sellado de la luz del catéter, la inserción y retirada de las agujas o la extracción de muestras, que impide que se establezcan unos cuidados estandarizados dentro de los diferentes centros hospitalarios de país e incluso del mundo.

Así mismo muchos pacientes refieren sentirse desconcertados al darse cuenta de que los profesionales sanitarios no saben utilizar estos dispositivos, creando

sentimientos de desconfianza y en que adopten una actitud "a la defensiva", causando estragos en la relación "enfermero- paciente".

Así pues, la educación tanto al paciente, como al equipo sanitario conlleva un óptimo cuidado para el buen funcionamiento del reservorio subcutáneo, conforman una alternativa a los tratamientos prolongados y repetidos para el paciente oncológico, por la versatilidad de los dispositivos y la calidad de vida que ofrece a los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas a los que se les debe administrar un tratamiento continuo.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería desempeña un rol fundamental en los cuidados y manejo de las personas portadoras de repertorios subcutáneos. Es indispensable una formación continua reflejada en la evidencia científica en la creación de protocolos unificados para disminuir las probables dificultades en relación con el manejo y conservación de este artefacto por parte del profesional de enfermería.

Los cuidados llevados a cabo por el personal de enfermería en el paciente oncológico, tienen que ir encaminadas en reducir e impedir estas dificultades, por ejemplo: en las infecciones, es indispensable llevar a cabo el lavado de manos, el uso completo de material aséptico, así como la utilidad de antiséptico para la piel.

6 Bibliografía

1. Pérez Calvo J, Castellví Valls J, Crusellas O, Petrone P. Comparative study of access routes for Port-A-Cath® implantation. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2020 Feb;98(2):79-84. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ciresp.2019.09.005. Epub 2019 Nov 20. PMID: 31759561.
2. Carr PJ, Higgins NS, Cooke ML, Mihala G, Rickard CM. Vascular access specialist teams for device insertion and prevention of failure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Mar 20;3(3):CD011429. doi: 10.1002/14651858.CD011429.pub2. PMID: 29558570; PMCID: PMC6353147.

Capítulo 161

CASO CLÍNICO: DESGARRO CUTÁNEO EN PACIENTE CON PLURIPATOLOGÍA

SEBASTIÁN ESTEBO FERNÁNDEZ DE LAS HERAS

JACOBO VÁZQUEZ MÁRQUEZ

1 Introducción

La ISTAP (International Skin Tear Advisory Panel) definió el desgarro cutáneo como una herida causada por fuerzas de cizallamiento, rozamiento o contusas que da lugar a la separación de las capas de la piel. Un desgarro cutáneo puede ser de grosor parcial (separación entre la epidermis y la dermis) o de grosor completo (separación entre la epidermis y la dermis, por un lado, y las estructuras subyacentes, por otro).

Pueden ser heridas dolorosas que afectan la calidad de vida y causan angustia al paciente. Los desgarros cutáneos pueden aumentar la probabilidad de hospitalización y prolongar el tiempo de hospitalización. Las estimaciones de su prevalencia difieren en todo el mundo y según las áreas asistenciales, pero pruebas sólidas indican que en realidad ocurren con mayor frecuencia que las lesiones por presión.

Los desgarros de piel ocurren en varios grupos de pacientes; pacientes con piel envejecida y frágil tienen mayor riesgo de desgarro cutáneo y el envejecimiento de la población mundial significa que su incidencia está aumentando.

En los últimos años, se ha registrado un creciente interés y aumento en las investigaciones sobre los desgarros de piel. El Panel Asesor Internacional de Desgarros de Piel (ISTAP) ha identificado brechas clave de conocimiento y áreas comunes de percepción errónea entre los clínicos, con el fin de mejorar las intervenciones y los resultados clínicos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer como valorar y tratar un desgarro cutáneo en una paciente compleja en la consulta de enfermería de atención primaria.

Objetivo secundario:

- Mostrar estrategias para conseguir un buen control del dolor y mantener la calidad de vida de la paciente.

3 Caso clínico

Se trata de una mujer de 87 años que acude a consulta de enfermería de atención primaria por desgarro cutáneo en miembro inferior izquierdo tras traumatismo casual en domicilio. Presenta los siguientes antecedentes:

- Sin alergias medicamentosas conocidas.
- No hábitos tóxicos conocidos.
- Vacunación completa para edad y factores de riesgo (última dosis difteria-tétanos en mayo 2022).
- Adenocarcinoma renal derecho. Nefrectomía total derecha. Paciente mono rena.
- Cáncer de mama derecha. Mastectomía total con linfadenectomía axilar derecha.
- Diabetes mellitus tipo 2.
- Hipertensión arterial.
- Deterioro cognitivo leve.
- Insuficiencia venosa.
- Síndrome ansioso-depresivo.
- Hipertiroidismo secundario a bocio (nódulos tiroideos).

La situación de la paciente en la primera consulta es el siguiente:

- Dependencia parcial para Actividades Básicas de la Vida Diaria (Índice de Barthel 80/100).
- Deterioro cognitivo leve (Test minimental 22/30).

- Vive en medio rural con su hija y yerno.

El tratamiento farmacológico en la primera consulta es el siguiente:

- Metformina 850mg (1-0-0).
- Enalapril 10mg (1-0-0).
- Furosemida 20mg (0-1-0).
- Tamoxifeno 20mg (0-1-0).
- Tiamazon 5mg (1-0-0).
- Desvenlafaxina 100mg (1-0-0).
- Alprazolam 0.25mg Si precisa.

La paciente presenta desgarro cutáneo tipo ISTAP tipo 2 - Pérdida parcial del colgajo de piel (Pérdida parcial del colgajo de piel que no puede reposicionarse para cubrir la totalidad del lecho de la herida) en cara anterior de pierna izquierda, zona tibial media de unos 5cm en su eje longitudinal y 3 cm en el eje transversal.

El desgarro cutáneo fue realizado el 25 de julio de 2023 como consecuencia de traumatismo casual en domicilio con mueble, acudiendo a consulta de enfermería el 26 de julio de 2023 por presentar sangrado constante a pesar de haber realizado cura familiar en domicilio. La paciente refiere dolor según escala verbal numérica (EVN 5/10), por lo que se solicita valoración de médica de atención primaria para analgesia, pautando Paracetamol 1g c/8h. Además, se indica elevación de extremidades inferiores.

En esta primera valoración, tras limpieza con agua y jabón del lecho de la herida se consigue reposicionar el colgajo en la totalidad de la herida y su fijación con tiras de aproximación. El colgajo presenta buen color y necrosis en borde inferior menor a 0.5 cm. Se ocluye herida con apósito de silicona y alginato con vendaje en espiral con venda de crepé de la pierna afecta. Se cita para nueva valoración en 48h para valorar viabilidad del colgajo cutáneo. La valoración del dolor es EVN 2/10 con analgesia pautada.

En la consulta de seguimiento del 28 de julio de 2023, el colgado persiste adherido al lecho, manteniendo la necrosis en el borde inferior presente en la primera consulta, sin otros datos de complicaciones y con cese del sangrado. Ante una evolución dentro de lo esperado, se decide mantener mismo tratamiento y espaciamiento de cura por casuística de la paciente y disponibilidad de familiares para acudir al centro de salud y se cita para revisión en 5 días. La valoración del dolor es EVN 2/10 con analgesia pautada.

En la consulta del 2 de agosto de 2023 el colgajo persiste adherido al lecho con tiras de aproximación, la zona de necrosis no ha aumentado. Se decide el mantenimiento del mismo tratamiento y nueva valoración en 1 semana. La valoración del dolor es EVN 2/10 con analgesia a demanda.

El 9 de agosto de 2023 se realiza nueva valoración. Ante persistencia del tejido necrótico en borde inferior, se decide la retirada de tiras de aproximación y retirada de tejido necrótico con por medio de bisturí previa antisepsia. Ante restos de tejido necrótico húmedo en borde inferior que produce dolor en la paciente al desbridar se opta por apósito desbridante antimicrobiano con sulfato de plata, tecnología TLC (Tecnología Lípido-coloide), en soporte de fibras poliabsorbentes (poliacrilato de amonio) de alto nivel de absorción y cohesión, alginato y vendaje en espiral en pierna. Se cita en 48h para valorar el cambio en el tratamiento. La valoración del dolor es EVN 2/10 sin analgesia oral en domicilio.

En la consulta de seguimiento del 11 de agosto, lecho de herida limpio, resto del colgajo adherido. Por lo que se mantiene tratamiento similar a anterior consulta y nueva valoración en 1 semana. La valoración del dolor es EVN 2/10 sin analgesia oral en domicilio.

Acude a consulta el 18 de agosto de 2023. Lecho de herida sin tejido de necrótico y con tejido de granulación en borde inferior. Colgajo adherido. Sin datos de complicaciones. Se opta por cambiar apósito primario por apósito con fibras poliabsorbentes impregnadas con tecnología lípido coloidal TLC-NOSF junto con vendaje en espiral en pierna afecta. Nueva cita en 1 semana.

La paciente acude a la consulta del 25 de agosto de 2023 con tejido de granulación, con el colgajo en buen estado y sin datos de otras complicaciones. Se mantiene la misma pauta de tratamiento y nueva valoración en 1 semana.

En la consulta del 1 de septiembre la herida presenta hipergranulación. Ante tal situación, dado que la herida no presenta exudado que provoque un aumento de la humedad de la herida y no realizar tratamiento invasivo, se opta por la aplicación de pomada de corticoide cada 12h durante 72h con media compresiva fuerte.

El 4 de septiembre, tras la aplicación del corticoide tópico durante los días previos, el tejido de granulación está a nivel de bordes. Se procede a limpieza con agua y jabón y apósito hidropolimérico de espuma con capa de silicona. Se cita en 1 semana.

El 11 de septiembre de 2023 se procede al alta de enfermería de dicha lesión por cicatrización completa y tejido de epitelización. Se indican cuidados en domicilio de limpieza e hidratación. Además, se indican medidas de prevención para nuevas heridas traumáticas.

4 Discusión-Conclusión

En el tratamiento de los desgarros cutáneos existen diferentes opciones. En el presente caso se optó por un tratamiento mínimamente invasivo y con intervalos de valoración del desgarro cutáneo y realización de cura con el mayor espaciamiento posible por la complejidad de la paciente y la dificultad para poder acudir al centro de salud.

El tratamiento por el que se optó en la consulta de enfermería perseguía el objetivo de conseguir la cicatrización del desgarro cutáneo en un plazo razonable con el menor dolor posible para la paciente, evitando las posibles complicaciones e intentando mantener la calidad de vida de la paciente, perjudicando lo menos posible su actividad diaria.

5 Bibliografía

1. LeBlanc, K., & Baranoski, S. (2015). Desgarros cutáneos: mejores prácticas en cuidados y prevención. *Nursing*, 32(1), 22–33.
2. Recomendaciones de mejores prácticas para prevención y tratamiento de los desgarros de piel en la piel del adulto mayor. (2018, mayo 1). Wounds International. <https://woundsinternational.com/es/uncategorized-es/recomendaciones-de-mejores-practicas-para-prevencion-y-tratamiento-de-los-desgarros-de-piel-en-la-piel-del-adulto-mayor/>.
3. Documento técnico GNEAUPP No VI “El dolor en las Heridas” 2a Edición - Noviembre 2021. GNEAUPP. <https://gneaupp.info/documento-tecnico-gneaupp-no-vi-el-dolor-en-las-heridas-2a-edicion-noviembre-2021/>.
4. Documento técnico GNEAUPP No XVIII Heridas en Atención Primaria: Preguntas y Respuestas más frecuentes. Mayo 2023. GNEAUPP. <https://gneaupp.info/documento-tecnico-gneaupp-no-xviii-heridas-en-atencion-primaria-preguntas-y-respuestas-mas-frecuentes/>.

Capítulo 162

LA MENOPAUSIA Y SUS REPERCUSIONES

LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN

JULIA GARRIDO PÉREZ

MARÍA MORA CORRAL

BEATRIZ BEAMUD MOLINA

CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO

1 Introducción

La menopausia es un proceso de origen fisiológico que sufre la mujer entorno a los 45 años. Su diagnóstico es retrospectivo, ya que se diagnostica cuando la mujer lleva un año sin menstruación (amenorrea). Es un proceso que tiene gran importancia, ya que produce un gran cambio a nivel de vida de la mujer, debido a problemas asociados a la bajada del nivel de estrógenos que pueden afectar de forma directa tanto a nivel cardiovascular como óseo. La carencia de estos estrógenos se mide a corto y medio plazo, ya que a largo plazo lo que producirían sería un problema de salud pública por el incremento de riesgos que eso conlleva. Cuando es necesario tratamiento, este puede consistir en medidas hormonales, en las que se evalúa principalmente el riesgo/beneficio, como en medidas no hormonales, en los que se aportaría otro tipo de medidas no medicamentosas, de higiene de vida, en el que se incluye la actividad física de manera regular.

Podemos encontrar gran diversidad de síntomas en esta etapa, como una bajada de la temperatura corporal, causada como consecuencia de la hormona leutenizante y las endorfinas, y que las mujeres lo referirán como un calor que se extiende por pecho y cara principalmente, así como rubefacción, ansiedad, dificultad para conciliar el sueño, y transpiración excesiva durante la noche, lo que coincide con la subida de serotonina, así como de otros neuroreguladores.

También se encuentran cambios genitourinarios, como puede ser la disminución de la vulva, entre otros, cambios que conllevan una disminución de la masa ósea, lo cual suele llevar entre unos 5-10 años, ya que la actividad osteoclástica es mayor que la osteoblástica.

La menopausia también conlleva síntomas a nivel psicológico en el que se relaciona un estado depresivo, con irritabilidad, y un aumento del cansancio físico y mental.

En la menopausia también se sufren cambios acerca de la distribución de la grasa corporal debido a la bajada de estrógenos. Esto puede suponer un factor de riesgo, ya que los estrógenos tienen repercusión sobre la grasa corporal, generando cambios como aumento del tejido adiposo y distribuyéndolo mayoritariamente en el abdomen, lo que provoca una mayor tendencia a la obesidad.

2 Objetivos

Analizar los procesos y las complicaciones que sufren fisiológicamente las mujeres durante la menopausia y su repercusión a nivel cardiovascular.

3 Metodología

Para la elaboración de esta investigación, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como son Google Académico, Scielo y ScienceDirect, con las siguientes palabras claves; “menopausia” y “complicaciones en la menopausia” y para esta búsqueda se han aplicado unos criterios de inclusión de artículos con no más de 5 años de publicación.

4 Resultados

Los cambios fisiológicos que se producen en la mujer durante la menopausia producen un aumento significativo del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, que se suman a otros factores que influyen en estas enfermedades,

como son:

- Hábito tabáquico, el cual sigue siendo considerado uno de los factores más importantes de las enfermedades cardíacas. Aunque los hombres superan el número de fumadores frente a las mujeres en la mayoría de países, ambos géneros se están igualando en países desarrollados como es el caso de Europa y América.
- Hipertensión arterial, ya que la incidencia de hipertensión arterial es más que el doble en mujeres postmenopáusicas frente a premenopáusicas.
- Diabetes mellitus tipo II, demuestra mayor morbilidad tanto en mujeres como en hombres.
- Dislipidemias, después de la menopausia los niveles de colesterol aumentan considerablemente, así como las lipoproteínas de baja densidad aumentan, esto genera un predictor de mortalidad en el género femenino.
- Además la edad en la que se produjo la primera menarquia y la edad de la menopausia influyen en el análisis del riesgo.
- Se puede contar con otros factores de riesgo como la menopausia inducida, que acelera los procesos a nivel fisiológico que se producirían en una menopausia de manera natural

El conjunto de todos estos factores crea una elevación del riesgo de aparición de enfermedades cardiovasculares.

Entre los síntomas a destacar de la menopausia los podemos distinguir entre síntomas a corto plazo, son los que se producen a nivel vasomotor, y los síntomas a largo plazo que son aquellos relacionados con la aparición de enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, además de trastornos a nivel cognitivo y sobre la influencia del estado de ánimo.

Los síntomas a largo plazo y a corto plazo se han considerado siempre independientes, pero se ha demostrado que los síntomas vasomotores realmente son los que inician marcadores de enfermedades crónicas. Los síntomas vasomotores suelen tener mayor repercusión en las mujeres que tienen una menopausia prematura, es decir, antes de los 40 años principalmente.

En diversos estudios se demuestra que los síntomas vasomotores y no vasomotores tienen una relación directa con el incremento del riesgo cardiovascular, al contrario de la idea preestablecida que se tenía sobre esta idea.

El tratamiento para disminuir el riesgo cardiovascular tiene que ver con cambios en el estilo de vida, así como una mejora de la actividad física, dieta, abandono del hábito tabáquico, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Los síntomas de la menopausia tienen una relación directa con la disminución de las hormonas en el organismo de la mujer, y la mayor prevalencia en la menopausia son síntomas que afectan más a nivel vasomotor y psicológico. Además estos cambios hormonales contribuyen a la aparición de diabetes entre otras enfermedades que multiplican el riesgo de generar problemas de origen cardiovascular.

Cobra importancia la adopción de un estilo de vida saludable para disminuir los síntomas y la incidencia en la menopausia, por lo que desde la atención primaria se debe promover un estilo de vida saludable y evaluar los cambios producidos en el cuerpo de la mujer.

6 Bibliografía

1. Bolaños, B. D., & Ortega, E. (2021). Riesgo cardiovascular asociado a menopausia. 6. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-RiesgoCardiovascularAsociadoAMenopausia-7967556.pdf.
2. Bravo, E., Águila, N., Benitez, C. A., Rodríguez, D., Delgado, A. J., & Centeno, A. (2019). Factores biológicos y sociales que influyen en la salud de la mujer durante el climaterio y la menopausia. 17(5). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2019000500719&script=sci_arttext.
3. Ismary, M., Colomé, T., Fuentes, E., & Palmas, S. (2019). Síntomas y enfermedades asociadas al climaterio y la menopausia. 23(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30432019000200116&script=sci_arttext&lng=en.

Capítulo 163

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PALIATIVO PEDIÁTRICO

JULIA MARTÍN LUNA

SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS

ANA ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ

1 Introducción

La muerte forma parte del proceso de la vida, aunque la muerte de un niño/a es difícil de integrar y normalizar dentro de la sociedad. Alrededor de 25.000 niños necesitan cuidados paliativos en España y tan solo el 15% los reciben.

Los cuidados paliativos pediátricos abordan el cuidado integral del niño/a dirigido a aspectos físicos, psíquicos, emocionales, sociales y espirituales cuando este se enfrenta a una enfermedad incurable, progresiva, incapacitante y que tiene como pronóstico la muerte precoz, formando parte también de aspectos tan importantes como la autonomía del paciente, la toma de decisiones, el alivio del dolor y la necesidad de una muerte digna. Estos aspectos, muchas veces olvidados, hacen que sea imprescindible prestar unos cuidados paliativos de calidad.

Las enfermedades que limitan la vida son aquellas enfermedades con tratamiento, pero que este, en algunos casos, no es eficaz; enfermedades invalidantes e incurables en las que la muerte es inevitable, o enfermedades irreversibles para las cuales no existe tratamiento curativo. Estas enfermedades sufridas por los niños son un auténtico reto para los profesionales, ya que suelen ser infrecuentes y heterogéneas.

Para llevar a cabo la atención en cuidados paliativos pediátricos, se requiere la participación de un equipo multidisciplinar. Es especialmente importante considerar la figura del personal de enfermería, puesto que es el profesional que tiene un contacto directo con el niño/a y la familia, actuando muchas veces de conexión entre el equipo médico y los mismos. Todo profesional de enfermería tiene la capacidad de actuar en el cuidado de la vida, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y en la rehabilitación de los individuos, pero la muerte del paciente pediátrico desencadena un sentimiento de impotencia y frustración.

La función de enfermería es fundamental para alcanzar unos cuidados paliativos destinados a reducir el sufrimiento y mejorar así la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, mediante una pronta evaluación, identificación y gestión del dolor y de las necesidades sociales, psicológicas, físicas, espirituales y culturales.

2 Objetivos

Conocer y analizar los cuidados paliativos que se realizan por parte del personal de enfermería en el final de la vida del paciente pediátrico.

3 Metodología

El trabajo realizado es resultado de una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos. Las bases utilizadas son: PubMed, Cochrane, Scopus y Web Of Science.

Se realiza una revisión de estudios comprendidos en los últimos diez años (2013-2023), ya que se considera que los CP en pacientes pediátricos son una disciplina joven.

Las palabras clave utilizadas para dicha revisión son las siguientes: cuidados paliativos, niño, enfermería. Estas palabras junto con los MeSH (Medical Subject Headings), utilizando sus sinónimos en inglés y unidas por los operadores booleanos “AND” y “OR”, conforman la siguiente cadena de búsqueda utilizada en las cuatro bases de datos: “palliative care” OR “hospice care” AND “child” OR “newborn” AND “nursing” OR “pediatric nursing” OR “neonatal nursing”.

4 Resultados

Dentro de los cuidados ofrecidos por parte de los profesionales de enfermería en estas situaciones difíciles, tanto para los niños como para la familia, se habla en ámbitos generales de la importancia de tratar tanto la sintomatología física como la psicológica. Cabe resaltar que, la cantidad de síntomas que estos pacientes pueden sufrir al final de la vida, los cuales deben ser tratados de la mejor forma y con las mejores garantías. Además, se hace especial mención al apoyo emocional, a través del cual se ofrece bienestar a la otra persona ayudándole a afrontar mejor la enfermedad. Para ello, se debe conocer las emociones que pueden experimentar los niños en estas situaciones, tales como miedo, inseguridad, tristeza y angustia.

En cuanto a los cuidados paliativos pediátricos llevados a cabo, se puede mencionar la comunicación como componente esencial y pilar fundamental. Concretamente, cabe señalar que la comunicación debe ser en su totalidad transparente y adecuada a cada edad y a cada momento. A su vez, se incluye en dichos cuidados la continuidad de la atención y la toma de decisiones, el mantenimiento de la esperanza, el alivio de los síntomas y el cuidado. Todo ello se debe ejercer desde una visión, alcanzando así unos Cuidados Paliativos Pediátricos de calidad.

Un eje importante en el final de vida pediátrico es la familia, la cual participa tanto en el cuidado de los pacientes como en la toma de decisiones, siendo un gran apoyo para el paciente pediátrico. Por ello, tras profundizar en el tema, cabe señalar el respiro como uno de los principales cuidados ofrecidos en especial a la familia, con el objetivo de que esta descanse.

Es importante tener presente que para alcanzar unos cuidados exitosos es fundamental la elaboración de protocolos de trabajo, los cuales deben marcar procedimientos y actuaciones para brindar mejores servicios y cubrir así sus necesidades.

Se pone de manifiesto a lo largo del estudio de la literatura el papel fundamental desempeñado por el profesional de enfermería y la importancia de los cuidados paliativos pediátricos en el final de vida, debiendo tener acceso a ello todas aquellas afecciones crónicas, siendo primordial unos conocimientos adecuados y la elaboración de protocolos.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos pediátricos abarcan desde los cuidados de la sintomatología física y psicológica, pasando por el apoyo al niño/a y a su familia en todo el recorrido, proporcionando cuidados de respiro y estableciendo la comunicación como medio principal para proporcionar esos cuidados

Es el personal de enfermería como pilar imprescindible del equipo multidisciplinar, quien se capacita en ofrecer y establecer los mejores cuidados paliativos pediátricos tanto al niño/a como a la familia, resultando de mayor calidad y calidez cuanto mayor es el conocimiento enfermero acerca de esos cuidados.

Por lo tanto, la enfermería se alza como la principal figura dentro del equipo multidisciplinar capaz de proporcionar cuidados de alta calidad de una forma holística tanto al niño/a como a su familia en el proceso de final de vida.

6 Bibliografía

1. Heredia CR. How is the pain? Medical research, records and etiologies of pain in Pediatric Palliative Care. Cuad. antropol. soc. [Internet]. 2019; 49:147-162.
2. Caballero Pérez V, Rigal Andrés M, Beltrán García S, et al. Influence that specialized units of pediatric palliative care have on Primary Care pediatricians. Rev Pediatr Aten Primaria. [Internet]. 2018; 20(78):133-142.
3. Elise Menin G, Koller Pettenon M. Terminalidad de la vida del niño: percepciones y sentimientos de los enfermeros. Rev Bioet. [Internet]. 2015; 23(3).
4. Akard TF, Hendricks-Ferguson VL, Gilmer MJ. Pediatric palliative care nursing. Ann Palliat Med. [Internet]. 2019; 8(1):39- 48.
5. Levine DR, Mandrell BN, Sykes A, et al. Patients' and Parents' Needs, Attitudes, and Perceptions About Early Palliative Care Integration in Pediatric Oncology. Jama Oncol. [Internet]. 2017; 3(9):1214-1220.

Capítulo 164

EL MALTRATO INFANTIL, UN PROBLEMA OCULTO

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA

MERCEDES MEGIA CAMACHO

ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ

ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO

1 Introducción

Según la Organización mundial de la salud u OMS el maltrato infantil se define como “cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un menor de 18 años, abarca todo tipo de maltrato físico o afectivo, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otra índole que vaya o pueda ir en perjuicio de la salud, el desarrollo o la dignidad del menor o poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.”

En España el maltrato infantil es preocupante y si atendemos al número de denuncias que se dan ante maltrato sexual, la mitad de los casos se da en menores de edad. Asimismo, hay que destacar que, en más de tres cuartas partes de estas agresiones, la víctima es una niña.

La violencia doméstica es un maltrato bastante normalizado en nuestra población. Un informe realizado por Save the children, detalla que una cuarta parte de los

menores españoles han sufrido violencia por sus familiares o cuidadores, y que solo un porcentaje inferior al 10% ha sido capaz de denunciar.

En nuestro país está bastante normalizado este tipo de violencia. Una encuesta realizada a la población española sobre que consideraban como maltrato mostró estos resultados.

- Solo el 16,7% considera un bofetón como maltrato.
- Un porcentaje inferior al 20% no concibe el insulto o la amenaza como agresión.
- Un porcentaje superior al 8% afirma que dar puñetazos o patadas no es signo de maltrato.

2 Objetivos

- Describir los tipos de maltrato infantil.
- Identificar los signos y síntomas del maltrato infantil.
- Conocer el comportamiento de la víctima y el maltratador.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha buscado información en diferentes bases de datos como: Google Scholar, Pubmed o Scielo. Asimismo, se han buscado diferentes sitios webs para ampliar la búsqueda.

Todos los artículos que se han recogido para elaborar este capítulo han sido publicados a partir del año 2016.

4 Resultados

El abuso infantil se puede dar de diferentes formas. Se hablará sobre el maltrato físico, el emocional, el sexual y la negligencia.

MALTRATO FÍSICO

Recoge cualquier tipo de violencia no accidental que cause lesiones a un menor por parte de sus padres o tutor.

Algunos de los síntomas que se dan en esta forma de maltrato son:

- Hematomas o arañazos, cuando el menor es agarrado.
- Quemaduras o hemorragias internas, generalmente en la cabeza.
- Fracturas o lesiones abdominales, causado por puñetazos o patadas.
- Intento de asfixia o envenenamiento

-Síndrome de Munchausen por poderes, en el que los padres producen o fingen síntomas para presentar al menor como enfermo.

El comportamiento del menor frente a sus padres suele ser temeroso y de rechazo. Mientras que el del adulto adopta una actitud pasiva y de poca importancia, tratando de estar el menor tiempo posible en la consulta. En ocasiones, la versión es incompatible con los hechos ocurridos.

MALTRATO EMOCIONAL

Destacan amenazas o actos con el objetivo de ridiculizar o rechazar al menos que puedan llevar a futuros problemas psicológicos.

Los signos que nos pueden alertar de que un menor esté sufriendo maltrato emocional son:

Recién nacidos a 2 años, estatura corta, con retraso en diferentes áreas madurativas y con enfermedades psicosomáticas. Bebés asustadizos y tímidos.

-De 2 años a los 6, además de las anteriores, retraso en el lenguaje, así como déficit de atención y carencias sociales y emocionales.

-De 6 a 16 años, estatura baja y enfermedades psicosomáticas. El menor carece de habilidades sociales, con conductas compulsivas que se pueden acompañar de autolesiones.

El apego desorganizado y los problemas psicosomáticos son las características que más nos deben llamar la atención.

Los padres suelen tener falta de cariño y ser personas frías. No se preocupan de los problemas del menor y no ponen límites.

MALTRATO SEXUAL

Se refiere a cualquier contacto entre un menor y un adulto, en el que el menor se ve forzado a realizar actividades sexuales, mediante el engaño o la manipulación emocional.

Los indicadores que nos pueden avisar de este tipo de abuso son:

-Dificultad para sentarse o andar.

-Manchas de sangre en ropa interior.

-Molestias genitales y/o anales.

-Presencia de semen en zonas del cuerpo

-Presencia de ETS (enfermedades de transmisión sexual) o ITU (infección del tracto urinario).

El menor ante esta situación presenta conductas sexuales inhabituales para su edad. Trastornos de alimentación y/o sueño. Tendencia a conductas negativas y depresivas.

El maltratador suele ser celoso y protector con la víctima, animándole a realizar actividades sexuales.

NEGLIGENCIA

Se produce cuando la atención al menor es insuficiente por parte de sus padres, tutores o cuidadores. Puede afectar a la salud, la nutrición o la educación.

Las características que presentan las víctimas son:

- Desnutrición o retraso en el crecimiento.
- Falta de higiene y ropa inapropiada para la época del año.
- Intoxicación medicamentosa de forma accidental.
- Hematomas o accidentes con frecuencia.
- Enfermedad crónica sin atención previa.
- Retraso en diferentes áreas.

El menor tiende a la apatía y la depresión. Con comportamientos fantásticos y antisociales.

Los padres o tutores son apáticos, con bajo nivel intelectual y bajo nivel socioeconómico.

5 Discusión-Conclusión

El maltrato infantil es un tema que está muy presente en la sociedad, pero de forma oculta. Puesto que muchos menores sufren y no somos capaces de darnos cuenta.

Ante estas injusticias nuestro papel es realmente importante, ya que tenemos la capacidad de reconocer el maltrato conociendo los signos y síntomas que las víctimas pueden mostrar ante esta situación. Cuando nos lleguen menores a consultas o urgencias debemos de observar bien cada detalle.

Es necesario que todos, en especial sanitarios y gente que trabaje con menores, reciban información sobre este tema para estar bien actualizados y poder ayudar y actuar de forma coordinada junto a otras instituciones para garantizar la protección del menor.

6 Bibliografía

- 1.Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. Geneva: World Health Organization; 2022.
- 2.Maltrato infantil. 5 datos y cómo frenarlo. Save the children; 2019.
- 3.Rondón N, Guerra M, Zamudio Y, Orozco G. Identificación de los indicadores de maltrato infantil a través de la revisión bibliográfica. Odous Científica. 2018; 19(1): 73-85.

4.Sánchez Mascaraque P, Hervías Higuera P. Maltrato infantil y abuso sexual. *Pediatría Integral* 2023; XXVII (4): 201-207.

Capítulo 165

NUEVOS CONOCIMIENTOS LLEVADOS A CABO SOBRE LA INVESTIGACIÓN DE LA FIBROMIALGIA

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

CÉSAR FRANCISCO VERDEJO

1 Introducción

La palabra fibromialgia procede del latín, por una parte: “fibra” y por otra “myo” que significa músculo, por tanto, dolor en el músculo.

Hoy en día, esta definición ha servido de base para ampliar conocimientos sobre ella. La fibromialgia se define como una enfermedad crónica que afecta a los tejidos blandos, causando en ellos un dolor generalizado y un agotamiento físico profundo.

El foco de dolor puede darse en una sola localización o puede ser migratorio y combinarse con otra serie de síntomas como puede ser un estado de ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, fatiga, entre otras.

La fibromialgia es difícil de diagnosticar debido a que se desconoce su etiopatología. Los investigadores apuntan que debido a la clínica que presenta dicha enfermedad puede desencadenarse su aparición a causa de principalmente de lesiones frecuentes y traumáticas.

Puede considerarse como una alteración en el centro del dolor dentro del sistema nervioso, ya que presentan una carencia de una amina en esa parte del sistema nervioso central. Por tanto, estos pacientes presentan un estado generalizado con una ampliación del dolor.

Es una enfermedad que se da con frecuencia cada vez antes, afecta al 2-3% de la población. Predomina esta enfermedad en las mujeres entre 20-60 años de edad, pudiéndose conocer también en niños y adolescentes.

2 Objetivos

- Conocer el estado de la fibromialgia junto con su sintomatología.
- Resaltar las diferentes medidas de tratamientos que existen para abordar de una mejor manera la fibromialgia.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica restringiendo el período de búsqueda en los últimos diez años. Se ha dado preferencia en los artículos publicados en castellano e inglés, en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo y Medline Plus. Previo a la consulta de esta base de datos se ha realizado una búsqueda genérica en Google Académico.

4 Resultados

El dolor es la principal característica por la que se caracteriza esta enfermedad. Los pacientes que sufren esta enfermedad presentan un aumento de la sensibilidad al dolor junto con una sensación al dolor frente a estímulos no dolorosos. Si se compara con una persona sana, el umbral del dolor es menor en pacientes con fibromialgia.

En relación con el mecanismo de acción, este aumento de la sensibilidad al dolor tiene principio en el sistema nervioso central. La ruta del impulso nervioso se ve afectada. Nuestro cerebro manda la orden por la vía descendente a los receptores y la devuelve con la respuesta de nuevo al cerebro a través de la vía ascendente. Diversos estudios han visto que los propios receptores de nuestro cuerpo se ven alterados y envían al cerebro una respuesta exagerada ante el dolor.

Las causas por la que nuestros receptores se vean alterados pueden ser varias, entre ellas destacamos alteraciones bioquímicas (debido a una disminución de la

serotonina o un aumento de la sustancia P que provoca un desequilibrio oxidativo), alteraciones metabólicas (dadas en el eje hipotálamo-hipófisis), alteraciones musculares (disminución del colágeno) y genéticas (predisposición por la fragmentación del ADN).

El síntoma principal es el dolor crónico generalizado, seguido de:

- Cefaleas: debido a que la rigidez muscular se puede centrar en la zona de las cervicales, produciendo una compresión en los músculos y nervios de la zona provocando migrañas. Esto se debe a un desequilibrio entre los neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina.
- Fatiga: se da a la mala calidad del sueño, no se siente descansado y el paciente no tiene energía suficiente para mantener una actividad, por lo que cada vez hacen menos esfuerzos y la masa muscular se debilita.
- Colon irritable: Se genera este cuadro de dolor crónico, hinchazón y alteración de los hábitos intestinales sin tener una identificación estructural y bioquímica de la patología digestiva
- Trastornos del sueño: debido a no tener una buena calidad del sueño porque su nivel profundo de sueño es interrumpido, por tanto, a la mañana siguiente se notan cansando.
- Ansiedad y depresión: En todo momento el paciente es consciente de toda esta situación, provocándole dichas situaciones de estrés.

La presentación clínica de los síntomas hace que esta enfermedad pueda ser confundida con otras enfermedades, ya que dichos síntomas son comunes. El paciente que sufre fibromialgia ha sido derivado primero a diferentes especialidades sin llegar a una respuesta clara.

Los criterios que reconoce la Organización Mundial de la Salud para diagnosticar la fibromialgia son los siguientes:

1. Dolor crónico prolongado en el tiempo durante un mínimo de tres meses, produciéndose por lo menos en dos de los cuatro cuadrantes del cuerpo.
2. Dolor al presionar al menos 11 de los 18 puntos sensibles situados en todo nuestro cuerpo.

Ante todo esto, el tratamiento de esta enfermedad se puede dividir en farmacológico y no farmacológico:

Tratamiento farmacológico: la fibromialgia tiene un tratamiento sintomático, es decir, dirigido a aliviar los síntomas que produce la enfermedad. Las categorías más comunes de fármacos que se utilizan son los antidepresivos, relajantes musculares, analgésicos y antiinflamatorios.

Tratamiento no farmacológico: En esta categoría incluimos diferentes medidas como son la de informar al paciente sobre su enfermedad y las terapias exis-

tentes para aliviar los síntomas, la terapia cognitiva-conductual y el tratamiento de rehabilitación física, ayudando al paciente a mejorar sus síntomas de esta enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran interés destacar que la mejor medida terapéutica para esta enfermedad es llevar un seguimiento desde un abordaje multidisciplinar, abordando todos los factores tanto farmacológicos como no farmacológicos.

La percepción del dolor de cada paciente es diferente en cada uno de ellos, cada persona tiene su umbral de dolor, independientemente que una de las características de esta enfermedad es la reducción de dicho umbral.

Fermentar la investigación, ya que aún no se conoce la causa que provoca esta enfermedad, además de encontrar algún tratamiento en forma de fármaco para erradicar esta enfermedad.

Hacer resaltar la gran cantidad de profesionales que se ven implicados en conseguir una mejora de esta enfermedad, por lo que se motiva a seguir formando a estas personas.

6 Bibliografía

- Cid CJ, Acuña BJP, de Andrés AJ, Díaz JL, Gómez-Caro AL. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? Evaluación Del Paciente Con Dolor Crónico. Revista Médica Clínica Las Condes 2014;25(4):687-697.
- Procedimientos de Evaluación del Dolor Crónico. Plan Nacional para la Enseñanza y Formación en Técnicas y Tratamiento del Dolor.
- Aroca Tejedor J, Cano Valverde M, Díez García J, Martín López J, Martínez Maurandi J, Moreno Ramos M, et al. Protocolo de Atención a Pacientes con Fibromialgia. [Sede web] 2010; [consultado 23 de abril de 2017]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/205544-Protocolo_Fibromialgia.pdf.
- VanderWeide LA, Smith SM, Trinkley KE; A systematic review of the efficacy of venlafaxine for the treatment of fibromyalgia. J Clin Pharm Ther. 2015; 40:1-6.
- Andrade A , Hech Dominski F , Sieczkowska SM. What we already know about the effects of exercise in patients with fibromyalgia: An umbrella review, Seminars in Arthritis & Rheumatism. (2020)

Capítulo 166

ACTUALIZACIÓN EN SALUD MENTAL. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

CÉSAR FRANCISCO VERDEJO

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

1 Introducción

El término depresión se remonta a mediados del siglo XIX para hacer referencia a una alteración primaria de las emociones que se caracteriza por menoscabo, inhibición y deterioro funcional (1).

Sin embargo, actualmente gracias al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), entendemos como trastorno depresivo mayor, un tipo de trastorno mental que afecta a diferentes funciones psicológicas y que abarca la afectividad (tristeza), la cognición (desesperanza), la psicomotricidad (inhibición) y la conducta (hipoactividad). Por lo que esta afección a nivel de sentimientos, pensamientos y comportamientos de la persona repercute en la realización de las actividades de la vida diaria y llega a generar el sentimiento de pérdida de interés por la vida (2).

Se puede padecer depresión en un momento determinado de la vida una única vez, pero por lo general es habitual que aparezcan varios episodios de depresión. Durante estos episodios, la sintomatología sucede a lo largo del día, casi todos los días y puede consistir principalmente en las siguientes manifestaciones:

- Tristeza vital y anhedonia como síntomas nucleares (3). Dependiendo de la etiología los pacientes pueden encontrarle un sentido (motivos) o no a la aparición y persistencia de la tristeza.
- Labilidad emocional: llanto, sentimiento de vacío y desesperanza.
- Ansiedad, agitación, arrebatos de enojo, irritabilidad y frustración incluso por cuestiones sin relevancia.
- Alteraciones del sueño: insomnio o hipersomnia.
- Cansancio y falta de energía incluso para la realización de actividades que requieran mínimo esfuerzo.
- Alteraciones en la alimentación: pérdida o aumento de apetito con las consecuentes variaciones en el peso.
- Alteraciones cognitivas: lentitud en el razonamiento, dificultad para mantener la atención y la concentración y pérdidas de memoria).
- Bradicinesia.
- Problemas físicos inexplicables y espontáneos como cefaleas o dolores articulares.
- Pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, pensamientos suicidas e incluso intentos autolíticos.
- Sentimientos de inutilidad o culpa, fijación en fracasos del pasado y/o autorreproches.
- Pérdida de relaciones sociales.
- Incapacidad funcional y laboral (2).

Estos síntomas deben ser abordados de forma temprana y eficaz para una remisión de estos, el 15% evoluciona hacia una depresión crónica.

PREVALENCIA

Desde hace unos años se ha evidenciado que la presencia del trastorno depresivo provoca una discapacidad superior a la derivada de enfermedades crónica y comunes como la diabetes, la hipertensión o la artritis (3).

Según la Organización mundial de la Salud(OMS), la prevalencia de depresión es de las más elevadas entre las enfermedades psiquiátricas; en la población mundial se encuentra entre el 3.8% y el 5,7%, es decir, 280 millones de personas padecen este trastorno (4). Se estima que en 2030 se convertirá en una de las tres causas principales de discapacidad (5).

En España, la Encuesta europea de salud cifra en 2020, en un 5,4% la población con algún tipo de cuadro depresivo, es decir, 2,1 millones de personas. Atendiendo a la severidad de la sintomatología, 230.000 se consideran graves (6).

2 Objetivos

En este capítulo nos planteamos dos objetivos principales:

- Describir las causas que originan el trastorno depresivo mayor (TDM).
- Exponer las intervenciones más utilizadas para su tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica narrativa sobre literatura científica existente a través de la consulta de las principales bases de datos: Pubmed, Crochrane, Scielo y Google académico.

Se han seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas de los últimos 10 años. Todos ellos relacionados con la etiología de la depresión y/o el tratamiento del TDM.

4 Resultados

La etiología de la depresión mayor es compleja, puede tener un origen genético, fisiológico u hormonal o ser provocada por condiciones de estrés y/o factores psicológicos y sociales. Por lo tanto, hay varias hipótesis acerca de su causa:

1. Hipótesis de las monoaminas: Desde hace 5 décadas, el enfoque biológico de la depresión ha sido dominado por la hipótesis de las monoaminas que propone que es causada por un déficit funcional de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina en las regiones límbicas del cerebro. Estos sistemas monoaminérgicos se distribuyen en toda la red neuronal del sistema límbico, el estriado y la corteza prefrontal y son los que proporcionan las manifestaciones conductuales y viscerales del estado de ánimo (7).
2. Hipótesis del estrés crónico: Es la más reciente y sugiere que los trastornos depresivos representan modificaciones en el sistema nervioso central como respuesta a niveles crónicos de estrés. Esta teoría está respaldada por una gran cantidad de evidencias epidemiológicas que demuestran que el estrés es un importante factor de vulnerabilidad para los trastornos del estado de ánimo (7).
3. Hipótesis del déficit de ácido gamma-aminobutírico o GABA: Se basa en la reducción de los niveles de GABA en el plasma sanguíneo y en el fluido cerebrospinal o en el tejido cortical. Curiosamente, los déficits de GABA son más pronunciados en los subtipos de personas melancólicas y resistentes al tratamiento farmacológico (7).

4. Factores genéticos: También una hipótesis reciente y propone que la depresión tiene su origen en la interacción de factores genéticos y ambientales que desencadenan alteraciones en la liberación de las monoaminas. En la actualidad se han reportado casi 200 genes involucrados en este trastorno, de todos ellos, siete se reportan con mayor frecuencia en pacientes diagnosticados (7).

TRATAMIENTO

El tratamiento del trastorno depresivo mayor se basa en la combinación de la psicoterapia y el tratamiento farmacológico. Además, en los casos más graves, se puede combinar con la terapia electroconvulsiva.

1. Tratamiento psicológico: Se trata de un conjunto de intervenciones terapéuticas integrales, deliberadas y planificadas en las que uno o varios individuos junto con el equipo de psicoterapeutas trabajan con el objetivo de mitigar o eliminar los síntomas, cambiar actitudes y patrones de comportamiento alterados, y favorecer un proceso de madurez, desarrollo, salud mental y bienestar. Entre las técnicas de psicoterapia más usadas encontramos:

- Terapia cognitivo-conductual (individual o grupal)
- Terapia familiar
- Terapia interpersonal
- Terapia psicodinámica
- Terapia dialéctica-conductual (8)

2. Tratamiento farmacológico:

- Inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS)
- Inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina (IRSN)
- Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND)
- Inhibidores selectivos de recaptura de noradrenalina (ISRN)
- Agonistas de melatonina
- Antagonistas alfa-2
- Moduladores de la serotonina
- Antidepresivos tricíclicos (ATC)
- Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO)
- Antidepresivos multimodales

3. Terapia electroconvulsiva: consiste en provocar, con finalidad terapéutica, una crisis comicial generalizada a través de la estimulación del sistema nervioso central. Un dispositivo de energía eléctrica envía impulsos de bajo voltaje al cerebro que causan una convulsión tónico-clónica generalizada, controlada en todos sus parámetros. Aunque su eficacia está probada, su uso es controvertido llegando a estar regulada en varios países por disposiciones legales (8).

4. Otras intervenciones terapéuticas: Además del tratamiento tradicional, existe evidencia sobre otras intervenciones que son eficaces a la hora del abordaje terapéutico. Aquí encontramos:

- Fisioterapia: Realización de ejercicio físico pautado, psicomotricidad para reducir efectos adversos de la medicación, estiramientos y técnicas de relajación.
- Enfermería: Control y administración de la medicación, supervisión y facilitación de la adhesión al tratamiento completo, realización de programas de educación para la salud, visitas domiciliarias y vigilar los posibles signos de recaída o exacerbación de la patología.
- Trabajo social: Acompaña durante todo el proceso tanto al paciente como a la familia, facilitando los apoyos y recursos disponibles para sus necesidades en cada momento.
- Terapia Ocupacional: Realiza actividades propositivas que sean placenteras para el paciente, de forma individual o grupal para evitar el aislamiento social. Además, controla y supervisa junto con enfermería las actividades de la vida diaria, especialmente de autocuidado, vestido y alimentación en este tipo de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El TDM es una enfermedad incapacitante que cursa con una sintomatología generalmente insidiosa, en la que se desarrollan los síntomas durante al menos 2 semanas, suponiendo un cambio significativo en la conducta del paciente que puede llegar a deteriorarse a nivel social, laboral u otras áreas del funcionamiento.

Las consecuencias de este trastorno pueden concluir en el suicidio. Además, en la actualidad va aumentando progresivamente el porcentaje de casos en los que el TDM evoluciona hacia una depresión crónica. Es por este motivo la importancia de contribuir a la difusión de los diferentes tratamientos y dirigir las futuras investigaciones hacia las causas del incremento de la incidencia y su prevención. Es importante destacar que el abordaje del TDM debe realizarse de manera conjunta entre el paciente, su entorno y los diferentes profesionales que atienden cada una de las áreas afectadas del paciente para así lograr el éxito del tratamiento.

6 Bibliografía

1. Botto A, Acuña J, Jiménez JP. La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Rev Médica Chile.

octubre de 2014;142(10):1297-305.

2. Depresión (trastorno depresivo mayor) - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>

3. Ezquiaga Terrazas E, García López A, Díaz de Neira M, García Barquero MJ. «Depresión»: Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. septiembre de 2011;31(3):457-75.

4. Depresión [Internet]. [citado 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

5. Vindel AC, Salguero JM, Wood CM, Dongil E, Latorre JM. LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: PREVALENCIA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. :11.

6. Productos y Servicios / Publicaciones / Colección Cifras INE [Internet]. [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE

Capítulo 167

EDUCACIÓN SANITARIA INDIVIDUALIZADA VERSUS GRUPAL EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

NIEVES HEREDIA ALONSO

LAURA MÍNGUEZ CUBERO

MARTA GARCÍA CUÉLLIGA

1 Introducción

Actualmente, el tabaquismo es un importante problema de salud pública, ya que es un factor de riesgo trascendental en muchas enfermedades. En España, aproximadamente la mitad de la población es fumadora. Por ello, a educación sanitaria es una herramienta fundamental para el abandono de hábito tabáquico a largo plazo.

Existen terapias conductuales y medicamentos útiles para dejar de fumar.

El asesoramiento conductual generalmente lo brinda un especialista en dejar de fumar durante cuatro a ocho sesiones. Los estudios han encontrado que tanto el asesoramiento cara a cara como el telefónico son útiles para los pacientes que también toman medicamentos para dejar de fumar. Para ello se pueden utilizar diversos métodos y estrategias de apoyo psicológico.

- Terapia cognitivo-conductual: ayuda a los pacientes a identificar los desencadenantes (personas, lugares o cosas) que desencadenan la conducta y les enseña

habilidades para evitar recaídas (como técnicas de relajación) y estrategias efectivas para evitar fumar ante situaciones estresantes o desencadenantes.

- Entrevistas motivacionales: los consejeros ayudan a los pacientes a explorar y resolver sus dudas sobre dejar de fumar y aumentar su motivación para realizar cambios saludables. La entrevista motivacional está centrada en el paciente y no es agresiva, además se adaptan a la resistencia del paciente al cambio y apoyan la autoeficacia y el optimismo.

- Atención y conciencia plena: los pacientes aprenden a ser más conscientes y a distanciarse de los sentimientos, pensamientos y compulsiones que pueden provocar una recaída.

- Apoyo telefónico y líneas para dejar de fumar: todas las comunidades tienen números gratuitos donde los asesores para dejar de fumar brindan información y apoyo. Las investigaciones sobre las intervenciones de las líneas telefónicas para dejar de fumar sugieren que los fumadores que llaman a estos números pueden beneficiarse de estos servicios, especialmente si los consejeros vuelven a llamar y asisten a varias sesiones. Hay poca evidencia sobre el número óptimo de llamadas necesarias, pero los fumadores que asisten a tres o más llamadas tienen más probabilidades de dejar de fumar que los fumadores que reciben solo materiales educativos, asesoramiento breve o medicamentos únicamente.

- Apoyo a través de mensajes de texto, servicios en línea y redes sociales: estas tecnologías tienen el potencial de ampliar el acceso a la atención al empoderar a los consejeros y eliminar las barreras geográficas que pueden impedir que las personas reciban atención. Una revisión literaria sobre intervenciones para dejar de fumar basadas en tecnología (Internet, ordenadores y dispositivos móviles) encontró que estas ayudas pueden aumentar la probabilidad de que los adultos dejen de fumar en comparación con la autoayuda sin intervención ni información, y pueden usarse como complemento de otras intervenciones o herramientas.

Entre las terapias que usan medicamentos encontramos:

- Terapia de reemplazo de nicotina (TRN): existen varias preparaciones de TRN de venta libre (sin receta médica), incluidos parches transdérmicos, aerosoles, gominolas y pastillas, que son igualmente eficaces para dejar de fumar. Esta terapia estimula los receptores en el cerebro que reciben nicotina y ayuda a reducir los síntomas de abstinencia y los antojos que conducen a una recaída. Muchas personas utilizan este tipo de terapia para ayudarlas en las primeras etapas de dejar de fumar, mientras que las personas con adicciones más graves pueden beneficiarse de un tratamiento más prolongado.

- Bupropión: originalmente fue aprobado como antidepresivo. Actúa inhibiendo la reabsorción de norepinefrina y dopamina (dos sustancias químicas del cerebro)

y estimulando su liberación. Se ha demostrado que el bupropión mejora el éxito para dejar de fumar en comparación con el placebo en estudios de seguimiento tanto a corto como a largo plazo y es adecuado para dejar de fumar. Es tan eficaz como la terapia de reemplazo de nicotina.

- **Vareniclina:** la vareniclina ayuda a reducir los antojos intensos de nicotina al estimular el receptor nicotínico alfa-4beta-2, aunque en menor medida que la nicotina. Esta puede aumentar sus posibilidades de dejar de fumar en comparación con intentarlo solo. También aumenta la probabilidad de dejar de fumar en comparación con un placebo y algunos estudios muestran que es más eficaz que las formas individuales de terapia de reemplazo de nicotina y el bupropión.

- **Combinación de medicamentos:** algunas investigaciones sugieren que combinar la terapia de reemplazo de nicotina con otros medicamentos puede facilitar dejar de fumar. Un metaanálisis encontró que la combinación de vareniclina con terapia de reemplazo de nicotina (específicamente, la administración de un parche de nicotina antes de dejar de fumar) era más efectiva que la vareniclina sola. Asimismo, la adición de bupropión a la TRN mejoró las tasas de abandono.

- **Otros antidepresivos:** además del bupropión, otros antidepresivos han tenido éxito para dejar de fumar y se consideran tratamientos de segunda línea. Algunos estudios muestran que la nortriptilina es tan eficaz como la terapia de reemplazo de nicotina. Aunque esta puede tener efectos secundarios en algunos pacientes, no se han informado en los estudios sobre su uso para dejar de fumar. Los investigadores no han observado los efectos de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en el tabaquismo, como la fluoxetina, la paroxetina y la sertralina solas o en combinación con TRN.

- **Medicina de precisión:** los investigadores han explorado formas de adaptar el tratamiento basándose en importantes diferencias biológicas entre individuos, incluidas diferencias genéticas. El campo de la farmacogenética estudia cómo los genes influyen en la respuesta al tratamiento de los fármacos y proporciona información esencial para ayudar a adaptar la terapia farmacológica al individuo para obtener el máximo beneficio. Las personas que metabolizan la nicotina rápidamente fuman más, son más dependientes de la nicotina y les resulta más difícil dejar de fumar. Esta variación genética afecta la respuesta al tratamiento de reemplazo de nicotina y otros medicamentos para dejar de fumar.

- **Medicamentos promisorios e investigaciones en curso:** El NIDA apoya la investigación que crea nuevos tratamientos y mejora las terapias existentes para dejar de fumar basándose en una comprensión cada vez mayor de la neurobiología de la adicción. En el campo de los productos farmacéuticos, la investigación se centra en los receptores a los que se dirige la nicotina y los circuitos y áreas del

cerebro que influyen en el consumo de nicotina. Reutilizar medicamentos que ya están en el mercado para otros fines también puede ayudar en la búsqueda de nuevos tratamientos para dejar de fumar, como es el caso del bupropión. También encontramos la estimulación magnética transcraneal(EMT), es una estrategia relativamente nueva que se está probando para el tratamiento de adicciones. El tratamiento con EMT de alta frecuencia redujo significativamente la cantidad de cigarrillos fumados entre los fumadores adultos que no habían dejado de usar otros tratamientos.

2 Objetivos

Comparar la eficacia de la educación sanitaria individualizada frente a la eficacia de la educación sanitaria grupal en la deshabituación tabáquica.

3 Metodología

Se realizó una estrategia de búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed, Google Académico o Dialnet mediante las palabras clave tabaquismo, deshabituación tabáquica individual, deshabituación tabáquica grupal, con artículos publicados en español o inglés comprendidos entre 2006 y 2021.

4 Resultados

Tras analizar los 4 estudios seleccionados, siendo un estudio experimental, un ensayo controlado no aleatorizado, una revisión sistemática y un ensayo clínico controlado aleatorizado, con pacientes fumadores mayores de edad con intención de dejar de fumar (puntuación entre 8 y 10 en el Test de Richmond), correspondiendo dos de los estudios a la efectividad de las terapias individuales y los dos restantes a la terapia grupal, observamos un efecto positivo de abandono tabáquico tanto en la educación sanitaria individual como en la grupal, encontrándose una eficacia ligeramente superior en la terapia individual frente a grupal, ya que esta última es más compleja y depende de otros factores. También encontramos mayor efectividad en las terapias conductuales (tanto individuales como grupales) combinadas con las terapias que usan medicamentos. Además, es importante el número de sesiones que deben recibir los pacientes, siendo adecuadas entre cuatro y ocho sesiones para conseguir el objetivo.

La educación sanitaria por parte de los profesionales es fundamental también para el manejo de las sensaciones y situaciones que pueden llevar a una recaída, por lo que debemos enseñar a controlar los impulsos. Se ha observado en uno de los estudios, que la terapia realizada por el conjunto de médico y enfermera, aumenta la confianza del paciente.

Además, dejar de fumar conlleva una serie de beneficios, como pueden ser la reducción de la posibilidad de desarrollar cualquier tipo de cáncer, aumenta el sentido del olfato y del gusto, reduce también la probabilidad de tener un ataque cardíaco, etc.

Como resultado final, la terapia individual es ligeramente más efectiva para dejar de fumar que la grupal, pero aun así, cualquier tipo de terapia (conductual o farmacológica) es útil para esto, pudiendo utilizar como motivación los numerosos beneficios que tiene, sin olvidar que son necesarias entre cuatro y ocho sesiones.

5 Discusión-Conclusión

En vista de los hallazgos encontrados, hallamos beneficios en ambas terapias de educación sanitaria en individuos con predisposición para dejar de fumar. Si es cierto que, tras realizar una búsqueda más exhaustiva, observamos que la terapia grupal es más complicada, ya que para que sea totalmente efectiva, depende de otros factores. Por lo tanto, distinguimos que la terapia individual es ligeramente más efectiva para la deshabituación tabáquica.

También destacamos que esta terapia es más efectiva en combinación con medicamentos u otros tipos de terapias, en comparación con la terapia por sí sola.

En conclusión, la educación sanitaria para el abandono tabáquico es fundamental para la consecución del objetivo final, dejar de fumar y evitar recaídas.

6 Bibliografía

1. National Institute on Drug Abuse. ¿En qué consisten los tratamientos para la dependencia del tabaco? [Internet]. National Institute on Drug Abuse. 2022. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/hay-tratamientos-eficaces-para-la-adiccion-al-tabaco>
2. Basterretxea Oiarzabal J, García Parra JM, Bilbao Garmendia E, Noya Arrizabalaga A. Resultado de un programa intensivo de deshabituación tabáquica en atención primaria de salud. Aten Primaria [Internet]. 2006;38(4):240. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16978566/>

3. Thrul J, Stemmler M, Goecke M, Bühler A. Are you in or out? Recruitment of adolescent smokers into a behavioral smoking cessation intervention. *Addict Behav* [Internet]. 2015;45:150–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.01.030>
4. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Libr* [Internet]. 2017;2017(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28361497/>
5. Ramos Montserrat M. Efectividad de las intervenciones grupal e individual avanzadas para el abordaje del tabaquismo en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2006;36(8):462–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16287561/>

Capítulo 168

LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMEDAD CELIACA

ENRIQUE GONZÁLEZ PEREZ OLIVARES

ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD

PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA

ELISABETH LEÑADOR PÉREZ

MARIO SANCHEZ NAVIO

1 Introducción

La celiacía o enfermedad celíaca, es una enfermedad autoinmune crónica que afecta a varios órganos, inicialmente en el intestino y después a otras partes del cuerpo, especialmente en personas con predisposición genética. La gravedad de esta patología depende de la edad y fisiopatología del paciente.

La celiacía es causada por una intolerancia persistente a algunas proteínas, principalmente gliadinas y otras proteínas relacionadas, presentes en cereales como el trigo, la avena, la cebada y el centeno o en sus variantes y derivados. Esta intolerancia conduce a una atrofia severa de las vellosidades intestinales, que a su vez conduce a una mala absorción de nutrientes en el intestino.

La predisposición genética es importante en el desarrollo de esta enfermedad. Está demostrado que la presencia de familiares de primer grado con enfermedad celíaca puede aumentar la prevalencia hasta en un 10%. Se estima que un 60% de

estos familiares de primer grado de la persona celiaca es portador y hasta un 30% a lo largo de su vida será diagnosticado de celiaquía.

La enfermedad celiaca también se relaciona con otras enfermedades autoinmunes como puede ser la Diabetes Mellitus tipo 1, la Enfermedad de Addison, tiroiditis autoinmune, etc. Esta asociación se puede explicar porque la enfermedad celiaca y la mayoría de las enfermedades autoinmunes presentan al menos uno o varios genes de predisposición iguales, y porque la ingesta continua de gluten en pacientes con enfermedad celiaca que no siguen una dieta libre de gluten (DSG) conduce a la pérdida de la integridad de la barrera intestinal, la entrada de antígenos desde la luz intestinal a la circulación y la consiguiente alteración de la respuesta inmune sistémica, que pueden favorecer la aparición de otras enfermedades autoinmunes.

Uno de los grupos de riesgo con mayor prevalencia de la enfermedad celiaca son los pacientes con Síndrome de Down, presentado hasta un 12%. También en síndromes como el de Turner o el de Williams.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Profundizar en el concepto general de la Celiaquía.

Objetivos secundarios

- Saber cómo diagnosticar la enfermedad

- Conocer su tratamiento

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva utilizando el buscador de Google Académico, y se han consultado en distintas bases de datos como: Scielo, Pubmed, Dialnet, utilizando los artículos científicos procedentes de publicaciones científicas y capítulos de libro.

4 Resultados

Entre las distintas causas de la enfermedad celiaca encontramos:

Factores ambientales:

- Consumo de harina de distintos cereales puede provocar que se desencadene esta enfermedad.

-Incorporación del gluten a la dieta en los niños, ya que se debe evitar un consumo excesivo durante las primeras semanas.

-La lactancia materna protege frente a esta enfermedad, en aquellos casos en los que no se toma, el bebé tiene mayor riesgo a ser celiaco.

Factores genéticos: Esta causa está presente en la mayoría de los pacientes. Se trata de una alteración de los genes del Complejo Mayor de Histocompatibilidad (CMH), encargado de la metabolización de las proteínas del gluten.

Además de este defecto, también encontramos otras zonas del genoma responsables de la susceptibilidad de que una persona desarrolle celiaquía (“genes candidatos”), genes que tienen relación con el sistema inmunológico.

Factores inmunológicos: La enfermedad celiaca es una enfermedad autoinmune, lo que significa que el propio organismo “ataca” a sus células. Al ingerir gluten, el cuerpo lo detecta como un agente extraño y genera anticuerpos.

Diagnóstico. Para diagnosticar la enfermedad se realizan distintas pruebas, como son:

-Marcadores serológicos: Se toma una muestra de sangre en la que se estudian los anticuerpos que “atacan” al intestino (AAG, AAE y AATG2).

- Biopsia intestinal: Para recoger la muestra del tejido, normalmente del yeyuno, se debe realizar una endoscopia. Es una prueba obligatoria en caso de sospecha.

- Prueba de provocación: Se trata de volver a hacer que el paciente, que ha dejado de comer gluten porque cree que le sienta mal, vuelva a tomarlo para confirmar si es celiaquía, y más tarde realizar las anteriores pruebas.

- Test de absorción de D-xilosa: Sirve para poder estudiar la capacidad que tiene el intestino de absorción, analizando la concentración de esta pentosa en sangre y orina.

- Determinación de C-triglicéridos mixtos: También para comprobar la capacidad de absorción, se administra este compuesto junto con la comida. Una vez sea absorbido, se oxida y se elimina en la espiración, por lo tanto, según la concentración en aire podemos comprobar cuál ha sido la absorción, ya que es proporcional.

Tratamiento: La enfermedad celiaca presenta un tratamiento muy eficaz, una dieta sin gluten, que en la gran mayoría de los casos conlleva a la resolución de los síntomas propios de la enfermedad. Para ser eficaz, una dieta libre de gluten debe ser rígida, permanente y estable durante toda su vida.

Esta dieta excluye el gluten del trigo, el centeno y la cebada, así como algunos híbridos de estos granos. Pero “sin gluten” no significa que se haya eliminado el 100% del gluten de la dieta, sólo debe ser inferior al “mínimo” reclamado.

La celiaquía no es sólo una intolerancia alimentaria, es una enfermedad sistémica.

El gluten puede provocar una respuesta inmune anormal en los pacientes, produciendo autoanticuerpos que pueden atacar todo el cuerpo, no solo al intestino. Si la enfermedad celiaca no se trata adecuadamente, puede provocar complicaciones graves como cáncer, trastornos neuropsiquiátricos, enfermedades cardiovasculares y osteoporosis. De hecho, se ha informado que las tasas de mortalidad por enfermedad celiaca son más altas de lo esperado.

La no adhesión a la dieta es la razón más importante para la aparición de otras patologías, por lo que el seguimiento de esta dieta es fundamental para el tratamiento, aunque es difícil de realizar debido a que no existen instrumentos de valoración objetivos para medirlo.

5 Discusión-Conclusión

La celiaquía es una enfermedad autoinmune compleja, en la que los factores genéticos y ambientales influyen, pero no se conoce realmente su porcentaje de prevalencia.

En esta enfermedad es muy importante el diagnóstico precoz para evitar graves patologías. El diagnóstico temprano resultara más eficaz si el sanitario conoce la clínica del paciente, antecedentes familiares y los factores de riesgo que tiene.

De momento el único tratamiento es una dieta libre de gluten, por eso la salud pública es fundamental para la detección, diagnóstico, seguimiento y tratamiento.

Al detectar la enfermedad habrá que enseñar al paciente a conocer y aprender que alimentos están libres de gluten hasta convertirse en rutinario. La educación y el compromiso del paciente y el entorno familiar van a lograr que el tratamiento vaya bien sin recaídas, mejorando la capacidad absorptiva del intestino y la calidad de vida.

6 Bibliografía

- Ángeles Rodríguez Montealegre, Paloma Celada, Sara Bastida, Francisco J. Sánchez Muniz. Acerca de la enfermedad celiaca: Breve historia de la celiaquía. Journal of negative and no positive results. 2018 Disponible en: [Acerca-de-la-enfermedad-celiaca-Breve-historia-de-la-celiaquia.pdf](https://www.researchgate.net/publication/331111111_Acerca-de-la-enfermedad-celiaca-Breve-historia-de-la-celiaquia.pdf) (researchgate.net)
- Félix Pareja del Río. La enfermedad celiaca: Etiología y tratamiento [Trabajo de fin de grado]. Facultad de farmacia: Universidad Complutense; 2019. Disponible en: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/FELIX%20PAREJA%20DEL%20RIO.pdf>

Capítulo 169

ENFERMERÍA: LOS ANTISÉPTICOS MÁS UTILIZADOS

MARIA VICTORIA CASARRUBIOS CARRASCO

1 Introducción

Los antisépticos cumplen, al igual que los desinfectantes, una importante misión en la lucha contra la infección, tanto es así que existen estudios que indican que la correcta protocolización del cuidado de las heridas quirúrgicas puede disminuir el tiempo de hospitalización, de estancia media y del gasto asociado.

Los antisépticos son productos químicos que se aplican sobre los tejidos vivos con la finalidad de eliminar los microorganismos patógenos o inactivar los virus.

No tienen una actividad selectiva, ya que eliminan todo tipo de gérmenes. La antisepsia es, por tanto, la destrucción de los microorganismos por medio de los antisépticos.

Dependiendo del mecanismo de acción, podemos diferenciar entre aquellos antisépticos que eliminan y destruyen los microorganismos de manera irreversible, son los llamados bactericidas, y aquellos que impiden el crecimiento de los microorganismos mientras dura su acción, su acción es reversible y los gérmenes vuelven a reproducirse cuando deja de actuar, son los llamados bacteriostáticos.

Se considera eficaz a un antiséptico cuando tras su aplicación es capaz de disminuir el número de microorganismos por debajo de las 100.000 colonias, en cinco minutos y en al menos en cuatro tipos de cepas.

Hay que tener muy presente que los antisépticos pueden ver afectada su actividad en presencia de materia orgánica, esto motiva que previa a su aplicación se necesite una adecuada limpieza de la zona.

2 Objetivos

- Conocer como personal de enfermería cuáles son los principales antisépticos para emplear ante una herida quirúrgica para su correcta desinfección y cuidado.

3 Metodología

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

4 Resultados

La atención sanitaria llevada a cabo en el seno de una cirugía, en la reparación de una herida o en las curas, requiere una lucha permanente contra los microorganismos. Hoy día se disponen de suficientes mecanismos para que los instrumentos y los materiales que se utilizan en tales procedimientos cumplan con los requisitos exigibles de limpieza, desinfección y esterilización.

La utilización de los antisépticos tiene enfoques diferentes según el tipo de heridas. Las lesiones agudas, cirugía y heridas accidentales, especialmente los cierres por primera intención y diferidos, admiten un planteamiento diferente en cuanto a un mayor uso en las fases de reparación y curas, mientras que las heridas crónicas plantean un uso muy limitado a la presencia y evidencia de infección, dado que en general todos los antisépticos son citotóxicos para muchas de las células que se encuentran en el lecho lesional y para el tejido de granulación.

El concepto de desinfección se fundamenta en la eliminación de los gérmenes en todas sus formas, excepto las esporuladas, se consigue por la acción de agentes químicos o desinfectantes.

Los antisépticos se pueden contaminar por gérmenes, por vía aérea o por la manipulación que de ellos se hace. Esto se puede dar con más frecuencia cuando se utilizan frascos grandes que además tardan mucho tiempo en consumirse.

No es aconsejable combinar o mezclar varios antisépticos.

Los antisépticos más comunes y de mayor utilización son:

- Clorhexidina.
- Povidona yodada.
- Peróxido de Hidrógeno (Agua Oxigenada).
- Alcohol etílico e isopropílico al 70%.
- Soluciones de mecurocromo.

A la hora de elegir un antiséptico deberíamos tener en cuenta las siguientes características:

- Espectro de acción.
- Inicio de la actividad.
- Efecto residual.
- Inactividad frente a materia orgánica.
- Seguridad.
- Toxicidad.
- Contraindicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión bibliográfica hemos visto los principales antisépticos utilizados para el cuidado de las heridas quirúrgicas como parte del proceso de formación del personal de enfermería. De este modo sabremos cuál es el antiséptico más apropiado en cada caso, así como también que características debemos de tener en cuenta para su elección según el tipo de herida y también las condiciones clínicas de cada individuo.

Cabe destacar la importancia de mantener la herida libre de gérmenes y realizar las curas en condiciones asépticas para evitar la infección de la herida, y, por tanto, su complicación, pudiendo ocasionar graves consecuencias en el individuo.

6 Bibliografía

1- antisépticos y desinfectantes - <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-antisepticos-desinfectantes-13044452>.

- 2- guía de antisépticos y desinfectantes - https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Guia_Antisepticos_desinfectantes.pdf.
- 3- antisépticos y desinfectantes - https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_desinfectantes_y_antisepticos_septiembre_2021_0.pdf.
- 4- antisépticos y desinfectantes - <https://hvsmveterinario.com/wp-content/uploads/2021/07/L-11-ANTISEPTICOS-Y-DESINFECTANTES.pdf>.

Capítulo 170

ACTUACIÓN FRENTE A CRISIS CONVULSIVAS FEBRILES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

CARLOS VERA HERVÁS

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

1 Introducción

Las crisis febriles son crisis epilépticas ocasionales precipitadas por fiebre, (mayor de 38 °C) que pueden ocurrir en niños de 6 meses a 5 años de edad en ausencia de infección intracraneal o causa definida (ya sea por iones o metabolitos)

Aparecen en el 2-5% de los niños. Más frecuentes en sexo masculino sobre el femenino en una proporción 1,4/1%, ya que la maduración cerebral es más rápida en las niñas que en los niños.

La probabilidad de sufrir una crisis febril aumenta de 2-3 veces si hubo convulsiones febriles en la familia y de 6-7 veces si tuvieron los hermanos en alguna ocasión de su infancia.

La fiebre altera el umbral convulsivo al crear un desequilibrio metabólico, vascular o electrolítico con el consiguiente incremento del consumo de oxígeno,

glucosa y discreta acidosis, más otras alteraciones bioquímicas desconocidas actuando sobre un cerebro inmaduro, que puede estar además genéticamente pre-dispuesto.

Las crisis febriles las podemos clasificar en 3 tipos: Crisis febriles simples, las cuales constituyen el 70% de las crisis febriles totales, las crisis febriles complejas, que constituyen el 25% del total y el estatus febril, que constituye el 5%.

Las Crisis febriles simples a su vez pueden ser Tónico-clónicas (90%) o Clónicas (5-30%), tienen una duración menor a 15 minutos, no son recurrentes en 24 horas, tienen una resolución de forma espontánea y tienen una normalidad neurológica postcrítica.

Las crisis febriles complejas son crisis parciales, que tienen una duración mayor a 15 minutos, son recurrentes en 24 horas o dentro del proceso febril, con anomalías neurológicas poscríticas (Parálisis de Todd) y tienen un riesgo aumentado de sufrir epilepsia.

El Estatus febril tiene una duración superior a 30 minutos y con mayor frecuencia son focales.

Para llevar a cabo un buen diagnóstico de las Crisis febriles en primer lugar deberemos de revisar la historia clínica y proceder a una exploración neurológica, dentro de las exploraciones complementarias englobamos: realizar un ionograma (la hiponatremia aumenta el riesgo de recidiva en las primeras 24 horas), un Electroencefalograma o EEG (no hay evidencia de que la realización de un EEG de rutina tras las crisis febril tenga valor pronóstico de recurrencia de crisis febril o de epilepsia) y punción lumbar (cuando hay sospecha de meningitis-encefalitis en pacientes menores de 12 meses y es una crisis febriles compleja). Las pruebas de neuroimagen de rutina no aportan beneficios.

Se debe llevar a cabo un diagnóstico diferencial con: meningitis y encefalitis (ya que en el 20% se asocian convulsiones), intoxicaciones o cocaína, alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas, Traumatismo craneo encefálico o TCE y tumores del Sistema nervioso central.

En el 30-40% de los niños en edad de riesgo van a tener 2 crisis febriles, en el 9-17% de estos niños van a tener 3 o más episodios de crisis febriles y del 3-5% va a evolucionar a epilepsia. Aquellos pacientes que tienen mayor riesgo de epilepsia es porque presentan anomalías del desarrollo o neurológicas antes de la primera crisis febril, presentan crisis febriles complejas, tienen historias familiares de epilepsia, presentan crisis febriles recurrentes y presenta breve duración de la fiebre antes de la crisis febril inicial (menos de una hora).

La incidencia de la epilepsia en niños hasta los 7 años es: 1% en niños con crisis febriles simples, 2% en niños con crisis febriles y un factor de riesgo y 5% en

aquellos que presentan 2 o más factores de riesgo.

El tratamiento variará según el ámbito en el que se realice. En el ámbito extra-hospitalario o personal no médico se utilizará el diazepam rectal o el midazolam transmucosa oral (0,5 mg/kg) es una alternativa segura y eficaz y está más aceptado socialmente y en el ámbito hospitalario se debe de asegurar una buena oxigenación cerebral y una correcta función respiratoria, intentar acabar con la actividad convulsiva lo antes posible, evitar la recurrencia de nuevas crisis, identificar posibles factores precipitantes, evitar complicaciones metabólicas y evaluar y tratar la posible etiología del estatus.

El tipo de tratamiento dependerá si se realiza sin acceso venoso usaremos: Midazolam transmucosa oral (0,5 mg/kg, máximo 10 mg), Midazolam transmucosa nasal (0,2 mg/kg, máximo 5 mg) es más seguro y eficaz que el rectal, y Midazolam intramuscular (0,2 mg/kg, máximo 5 mg) es tan seguro y eficaz como el diazepam y lorazepam intravenosos. Si lo realizamos con acceso venoso periférico, el fármaco de primera elección es el diazepam IV (0,3 mg/kg).

2 Objetivos

- Exponer según las últimas guías como ha de diagnosticarse y tratarse un paciente con una crisis convulsiva febril desde atención primaria.

3 Caso clínico

Niña de 18 meses, sin alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes médicos significativos, al día con las vacunas según el calendario de inmunización infantil acude con su madre al centro de atención primaria por fiebre durante las últimas 24 horas debido a una infección respiratoria viral previa y que durante la mañana mientras la niña tenía fiebre (38,9 °C) ha sufrido una convulsión tónica-clónica generalizada que ha durado aproximadamente 2 minutos. La madre describe que la niña perdió la conciencia, presentó movimientos bruscos de los brazos y las piernas y posteriormente quedó letárgica y confundida durante unos minutos después de la convulsión. Le preguntamos a la madre si le han ocurrido episodios previos de convulsiones, y si hay algún familiar que presente epilepsia, la cual responde a ambas preguntas que no.

A la exploración física destacan constantes vitales de temperatura 39,2 °C, frecuencia cardiaca 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 28 respiraciones por minuto, presión arterial 90/60 mm Hg, 11 kg de peso, 80 cm de talla. Se observan signos de congestión nasal y faringe eritematosa, estado neurológico normal

en el momento de la evaluación y se observa auscultación cardiopulmonar sin hallazgos significativos.

Ante los hallazgos en la anamnesis y la exploración se toma como diagnóstico principal una crisis convulsiva febril simple, que se presenta en los niños en relación con la fiebre sin evidencia de infección del sistema nervioso central u otras causas subyacentes, asociando que la fiebre alta que ha presenciado la niña se ha asociado a la convulsión.

Cuando la niña llegó al centro de atención primaria, las crisis convulsivas habían cedido, por lo que administramos paracetamol para disminuir la fiebre y evitar crisis convulsivas posteriores.

Solicito hemograma completo y perfil metabólico para descartar infecciones o alteraciones metabólicas, y recomiendo a su madre un seguimiento con un neurólogo pediátrico para una evaluación más completa y discutir la necesidad de un tratamiento continuo o profiláctico contra las convulsiones febriles, dependiendo de los resultados de las pruebas y la evaluación clínica.

4 Discusión-Conclusión

Las crisis convulsivas febriles en niños son un fenómeno relativamente común en la práctica pediátrica. Estas convulsiones están estrechamente asociadas con la fiebre y son más frecuentes en niños entre los 6 meses y los 5 años de edad.

La etiología exacta de las crisis convulsivas febriles aún no se comprende completamente. Sin embargo, se cree que están relacionadas con una predisposición genética y la respuesta del sistema nervioso central a la fiebre. En algunos casos, las convulsiones febriles pueden estar relacionadas con infecciones virales o bacterianas, pero en la mayoría de los casos, no se encuentra una causa subyacente específica.

Para diagnosticar una crisis convulsiva febril nos basamos en la presencia de una convulsión asociada con fiebre en un niño que no tiene evidencia de infección del sistema nervioso central u otras causas subyacentes. Es importante realizar una evaluación clínica exhaustiva, incluyendo una anamnesis detallada, examen físico y pruebas complementarias, para descartar epilepsia subyacente o causas estructurales.

El tratamiento de una convulsión febril en curso se centra en detener la convulsión lo antes posible. Esto generalmente se logra administrando diazepam vía rectal o midazolam intranasal. Además, el tratamiento de la fiebre con paracetamol o ibuprofeno es importante para reducir la temperatura corporal.

La decisión de administrar tratamiento antiepiléptico a largo plazo o profiláctico en niños con crisis convulsivas febriles recurrentes es un tema de debate. Se reserva para casos seleccionados y debe ser discutido con un neurólogo pediátrico.

En los últimos años, ha habido una mayor comprensión de las crisis convulsivas febriles y un cambio en la práctica clínica. Se ha demostrado que el uso de medicamentos antipiréticos como el paracetamol o el ibuprofeno en el tratamiento de la fiebre puede reducir el riesgo de convulsiones febriles recurrentes. Además, se están investigando enfoques más precisos para la identificación de factores de riesgo genético y el uso de biomarcadores para predecir el riesgo de recurrencia y la necesidad de tratamiento profiláctico.

En resumen, las crisis convulsivas febriles en niños son un fenómeno común y a menudo benigno, pero deben ser evaluadas y manejadas adecuadamente. La identificación de posibles factores de riesgo y la comprensión de las últimas investigaciones en el campo son esenciales para proporcionar el mejor cuidado posible a los niños que experimentan este tipo de convulsiones. La comunicación efectiva con los padres y el seguimiento con especialistas en neurología pediátrica son componentes clave de la atención integral.

5 Bibliografía

1.

Msdmanuals.com. [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-neurol%C3%B3gicos-infantiles/convulsiones-febriles#:text=El%20tratamiento%20de%20las%20convulsiones,%C3%A1cido%20valproico%20o%20levetiracetam%20IV>.

2.

Steering Committee on Quality Improvement, Management, Subcommittee on Febrile Seizures. Convulsiones febriles: guía de práctica clínica del tratamiento a largo plazo del niño con convulsiones febriles simples. Pediatrics [Internet]. 2008 [citado el 3 de octubre de 2023];65(6):331–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-articulo-convulsiones-febriles-guia-practica-clinica-13125158>

3.

Pereda AGRG. Convulsiones febriles [Internet]. Aeped.es. [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38_0.pdf

4.

Convulsiones febriles [Internet]. Kidshealth.org. [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/febrile.html>

5.

Bvs.hn. [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol8/pdf/APHVol8-2-2017-2018-8.pdf>

6.

Santos LS. Tratamiento prehospitalario de las convulsiones febriles. Recomendaciones actuales basadas en la evidencia [Internet]. Live-Med. 2019 [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.livemed.in/es/blog/tratamiento-prehospitalario-de-las-convulsiones-febriles-recomendaciones-actuales-basadas-en-la-evidencia/>

Capítulo 171

ACTUACIÓN SOBRE PACIENTES CON INFECCIÓN POR LISTERIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

CARLOS VERA HERVÁS

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

1 Introducción

La listeriosis es una infección infrecuente pero potencialmente grave que puede producirse cuando una persona ingiere alimentos que han sido contaminados por la bacteria *Listeria monocytogenes*. La *Listeria Monocytogenes* está presente en animales, en el agua, en los suelos, también en la leche y sus derivados.

La principal vía de transmisión es por el consumo de alimentos contaminados, afectando sobre todo a personas mayores, mujeres embarazadas y hospederos inmunodeprimidos, aunque también se ve en casos de adultos y niños inmunocompetentes. Los síntomas pueden comenzar unos días después de haber ingerido alimentos contaminados, pero pueden pasar 30 días o más antes de que comiencen los primeros signos y síntomas de la infección, siendo los más habituales: fiebre, escalofríos, dolores musculares, náuseas y diarrea.

Esta bacteria tiene la habilidad de atravesar la barrera intestinal, la placenta y la barrera hematoencefálica produciendo una enfermedad gastrointestinal. En otros casos, se puede desarrollar una infección de la sangre (septicemia) o una inflamación de las membranas que cubren el cerebro (meningitis). La infección si se produce en una mujer al inicio del embarazo puede producir un aborto espontáneo, y al final pueden conducir a muerte fetal o a la muerte del bebe al cabo de unas pocas horas de nacido.

La enfermedad en los adultos puede presentarse de diferentes formas, así como; endocarditis (infección del corazón), meningitis (infección del cerebro o del líquido cefalorraquídeo), neumonía (infección pulmonar), septicemia (infección de la sangre) o gastroenteritis (infección gastrointestinal). Hay otras formas más leves con las que puede presentarse, así como abscesos, conjuntivitis o lesiones cutáneas.

La incidencia anual por 100.000 habitantes puede variar del 0,3 al 0,8% y llegar a alcanzar un 5% durante algunos brotes epidémicos.

En España, las dos manifestaciones más frecuentes de la enfermedad son: la meningoencefalitis que es la más frecuente en hombres entre 45-64 años de edad y la septicemia en mayores de 65 años. El 56,4% de las hospitalizaciones relacionadas con listeria existía una condición de inmunodepresión.

Para llevar a cabo el diagnóstico de la Listeriosis se deben recomendar las siguientes pruebas: hemograma para evaluar si existe la presencia de leucocitosis, análisis de orina para descartar la presencia de infección de tracto urinario y cultivo de heces para identificar la posible *Listeria Monocytogenes* u otras bacterias que son transmitidas por alimentos.

Para el tratamiento de la listeriosis según la sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica (SEIMC), la Organización mundial de la salud (OMS) y guías de práctica clínica, se ha demostrado que la penicilina o la ampicilina, solas o asociadas a gentamicina son la mejor opción. Se debe de llevar a cabo a dosis altas y de forma individualizada para determinar la duración. Para aquellos pacientes que sean alérgicos a la penicilina, el trimetoprim y sulfametoxazol se ha utilizado con éxito. La duración apropiada del tratamiento no está clara. Tras dos semanas de terapia se han descrito recurrencias en pacientes inmunodeprimidos. Parece conveniente, por tanto, prolongar la terapia entre tres y seis meses en estos casos. En general dos semanas parecen ser suficientes en bacteriemias mientras que en meningitis se deberían utilizar ciclos más largos.

2 Objetivos

Exponer, según las últimas guías, los efectos que puede producir no llevar una buena manipulación de los alimentos y las consecuencias que puede suponer sobre la salud.

3 Caso clínico

Varón de 50 años, alérgico a la penicilina, con antecedentes de hipertensión arterial controlada con medicación (Losartán) acude al centro de atención primaria por fiebre intermitente, con picos de hasta 38,5 °C desde hace 5 días de evolución, malestar general y debilidad, náuseas y vómitos ocasionales, diarrea con heces líquidas y con moco, dolor abdominal leve, principalmente en el lado derecho.

A la exploración física se observa a dicho paciente con buen estado de hidratación pero con signos de malestar. También se observa un brote de pequeñas ampollas en la piel en varias partes del cuerpo, incluyendo tronco y extremidades.

Dada la presentación clínica que presenta nuestro paciente, es sugestivo de una posible infección alimentaria, por lo que procedimos a realizar ciertas pruebas complementarias.

En primer lugar, realizamos un hemograma para evaluar la presencia de leucocitosis (indicaría una respuesta inflamatoria), un análisis de orina para descartar una infección del tracto urinario concurrente, cultivo de heces para identificar la posible presencia de *Listeria Monocytogenes* y otras bacterias patógenas transmitidas por alimentos.

Posteriormente si las lesiones cutáneas se agravan o se desarrollan nuevas, consideramos una biopsia de piel para evaluar la causa de las ampollas.

Al recibir los resultados de los análisis revelaron leucocitosis y presencia de *Listeria Monocytogenes* en el cultivo de heces, por lo que basándonos en los síntomas clínicos y los resultados de las pruebas concluimos que el diagnóstico es una infección por *Listeria Monocytogenes*, una bacteria transmitida por alimentos.

Se comenzó el tratamiento para dicha infección, administrando antibióticos, en primer lugar con ampicilina o amoxicilina seguido de trimetoprim/sulfametoxazol si es necesario debido a la alergia a la penicilina, se le explica al paciente que debe mantener una buena hidratación debido a la diarrea y los vómitos y controlamos el dolor y la fiebre con medicamentos como el paracetamol y observar la evolución de las lesiones cutáneas que generalmente mejoran con el tratamiento antibiótico.

Es importante educar al paciente sobre la importancia de la higiene alimentaria

y la prevención de las infecciones transmitidas por alimentos en el futuro. Le instruimos evitar alimentos no pasteurizados o mal cocidos, y a manipular los alimentos de manera segura para prevenir futuras infecciones por *Listeria*. Programamos un seguimiento para evaluar la mejoría clínica y llevar a cabo un reajuste del tratamiento si es necesario.

4 Discusión-Conclusión

La infección por *Listeria* sigue siendo un problema de salud pública importante en la actualidad, con un impacto significativo en poblaciones vulnerables.

La epidemiología muestra un aumento en los casos en ciertos grupos de riesgo, lo que destaca la necesidad de una mayor concienciación sobre las prácticas seguras de manipulación de alimentos y la prevención de la infección. Las técnicas diagnósticas mejoradas, como la Reacción en cadena de Polimerasa, han facilitado un diagnóstico más rápido y preciso, lo que a su vez permite un tratamiento temprano y eficaz.

El tratamiento de la infección por *Listeria* se basa en el uso de antibióticos, y el manejo adecuado es esencial para reducir la morbilidad asociada. Sin embargo, la prevención sigue siendo la estrategia más importante, ya que una vez que se establece la infección, puede ser grave. La educación sobre la seguridad alimentaria y la supervisión de las poblaciones de alto riesgo son herramientas clave para controlar la infección por *Listeria* en la sociedad actual.

5 Bibliografía

1. Valero FP, Rafart JV. Estudio de la incidencia de listeriosis en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2014 [citado el 28 de septiembre de 2023];28(1):74–6. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-estudio-incidencia-listeriosis-espana-articulo-S0213911113000538>
2. Cumbras JM, García-Jiménez E, Vidal R, Dapena J, Otero A. Listeriosis materna y muerte fetal intraútero. *Clin Invest Ginecol Obstet* [Internet]. 2005;32(4):180–1. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X05745433>
3. Pregnancy L in. Listeriosis en embarazo [Internet]. Org.pe. [citado el 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v28n1/a01v28n1.pdf>
4. Rodríguez-Auad JP. Panorama de la infección por *Listeria monocytogenes*. *Rev Chilena Infectol* [Internet]. 2018 [citado el 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0898264318300053>

2023];35(6):649–57. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0716-10182018000600649&script=sci_arttext

5. Elsevier.es. [citado el 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X01726493>

6. Ortiz ZH. Listeriosis en España según el registro de hospitalizaciones: un problema emergente de salud pública [Internet]. Isciii.es. [citado el 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://repisalud.isciii.es/bitstream/20.500.12105/8479/1/ListeriosisEspana%20RegistroHospitalizaciones_2019.pdf

Capítulo 172

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UNA PACIENTE INTERVENIDA DE MASTECTOMÍA

SERGIO BARBERO SÁNCHEZ

GEMA MAGÁN CANO

ANA PÉREZ PLAZA

ÁNGELA TENDERO MORALEDA

GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO

1 Introducción

La mastectomía simple es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación de la glándula mamaria completa, incluyendo el tejido mamario, la piel que lo cubre y los ganglios linfáticos cercanos. Se realiza como tratamiento para el cáncer de mama en etapas tempranas, en casos de tumores grandes o agresivos, o como medida preventiva en mujeres con alto riesgo de desarrollar esta enfermedad.

Esta cirugía es una opción para las pacientes que no pueden someterse a una cirugía conservadora de mama, como la lumpectomía, que consiste en extirpar solo el tumor y preservar el resto del tejido mamario. La mastectomía simple ofrece la ventaja de eliminar todo el tejido mamario afectado, minimizando la posibilidad de recurrencia.

Sin embargo, esta intervención implica una pérdida significativa para la paciente, tanto física como emocionalmente. El proceso de recuperación puede ser largo y difícil, especialmente en el aspecto psicológico, ya que implica adaptarse a una nueva imagen corporal y enfrentarse a la constante recordación de la enfermedad.

Es importante destacar que la mastectomía simple no implica la reconstrucción inmediata del seno. Esta decisión depende de cada paciente y puede realizarse en el mismo tiempo quirúrgico o en una etapa posterior. La reconstrucción mamaria busca restaurar la forma y la simetría, y puede realizarse mediante implantes de silicona, tejido propio (por ejemplo, de la pared abdominal) o una combinación de ambos.

Por tanto, podemos decir que la mastectomía simple es una opción quirúrgica utilizada para tratar el cáncer de mama en etapas tempranas o como medida preventiva. Aunque implica una pérdida importante para la paciente, también ofrece la ventaja de reducir el riesgo de recurrencia. La reconstrucción mamaria puede ser considerada en una etapa posterior para ayudar en el proceso de recuperación y aceptación emocional

2 Objetivos

Exponer un plan de cuidados de enfermería de una paciente que va a ser intervenida quirúrgicamente de una mastectomía simple, ingresada a cargo de cirugía, por presentar importante malestar general, así como presentar deposiciones líquidas y abundantes en su domicilio.

3 Caso clínico

Exposición del caso y antecedentes personales de interés:

Mujer de 86 años , ama de casa ,viuda , en la actualidad se mantiene económicamente por su paga de viudedad (marido fallecido hace tiempo) , requiere de cierta compañía (hijos o personas contratadas para eso) en casa para poder salir adelante (tanto cuidados personales , como domésticos)

Valoración antes de su entrada en el servicio de cirugía

Paciente acude a servicio hospitalario refiriendo molestias importantes en su pecho izquierdo , estas se ven acompañadas de un malestar generalizado , así como de deposiciones líquidas y abundantes.

En la exploración física el doctor nota un endurecimiento de la mama (una especie de bulto) , así como los ganglios linfáticos debajo de la axila (lo que indica inflamación)

La paciente es enviada para que se le realice una mamografía, en la cual los resultados refirieron la existencia de una anomalía , realizándole entonces a la mujer una biopsia diagnosticándose la existencia de un CLI (carcinoma lobular invasivo)

El comité de tumores se reunió para valorar el caso de esta mujer, llegando a la conclusión de que se la tenía que intervenir quirúrgicamente

Procedimiento a realizar... Mastectomía simple con biopsia del ganglio centinela (valoración realizada después de haberse realizado la intervención)

Antecedentes:

☒ HTA (toma medicación diaria en casa para ello)

☒ Problemas de hipotiroidismo

☒ Hipoacusia bastante marcada (pudiéndose ya casi denominar sordera)

☒ Insuficiencia Renal

Cirugías previas:

☒ Colectectomía (extirpación de la vesícula biliar)

☒ Apendicectomía (debido a caso de apendicitis aguda)

☒ Ooforectomía (extirpación de un ovario)

☒ Exéresis del nódulo mamario

☒ Prótesis de rodilla

☒ Operación de cataratas

Tratamiento habitual en su domicilio

☒ Omeprazol

☒ Levothyroid (reemplazo hormonal para pacientes con problemas de tiroides)

☒ Diosmina (para el alivio a corto plazo del edema y síntomas relacionados con la insuficiencia venosa crónica en adultos.... Aumenta tono de las venas y resistencia de los capilares)

☒ Lorazepam (ansiolítico)

☒ Valsartan, hidroclorotiazida (tratamiento de HTA , antihipertensivo)

Valoración en su llegada a planta de cirugía

☒ Paciente consciente y orientada al volver de la REA , intenta colaborar en la medida de lo posible

☒ Portadora de catéter on Q y de un redón (teniendo que ser bien controlados puesto que se llenan de manera frecuente, normalmente medidos cada 12h

☒ .. drenaje hepático abundante)

☒ Micción positiva y espontánea

☑ Buena tolerancia oral , retirándosele la sueroterapia (a las 6 h)

Constantes en su llegada a planta o TA... 176/76 o FC...72 lpm o Saturación 95 % (con oxigenoterapia , GN a 2 L) o Glucemia no necesaria puesto que refiere que nunca ha tenido alteraciones en este aspecto

Tratamiento en planta

☑ Captopril s/p

☑ Metamizol (Nolotil) s/p

☑ Paracetamol

☑ Primperan s/p

☑ Lorazepam

☑ En su llegada a planta se le puso una perfusión analgésica continua ONCU (por vía sc , siendo retirada a las 48 h)

VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. Respirar normalmente

La paciente ha requerido oxigenoterapia desde su estancia en la preparación quirúrgica ,puesto que sin ella sus cifras de SaO₂ en sangre caían considerablemente (medido con pulsioxímetro) . La medida que se ha utilizado para mantener la estabilidad de estas cifras , ha sido colocarle unas GN (gafas nasales) a 2L , siendo estas suficientes , para además de mantener cifras normales de Sao₂ , recuperar las sensaciones respiratorias normales en el paciente (sin ellas la paciente refería fatiga , ahogo , dificultad respiratoria) . No ha sido necesario aplicarle inhaladores hasta el momento

Necesidad de respiración...alterada

2. Beber y comer adecuadamente

Si bien es cierto que inicialmente la tolerancia oral de la paciente a las 6h de llegar a la planta de cirugía (después de la intervención) fue buena (líquidos inicialmente , incluso llegó a cenar esa noche) , con el paso de los días la mujer se ha ido encontrando más desganada a la hora de comer , ingiriendo pocas cantidades en algunas ocasiones , incluso llegando a rechazar la cena, al comentar que no le apetecía porque estaba cansada y tenía sueño y no ganas de comer (importante vigilar este aspecto en su evolución)

La dieta que tiene esta paciente es de fácil masticación , puesto que presenta algunos problemas con sus piezas dentales (los alimentos duros le cuestan masticarlos y digerirlos)

A los pocos días de su ingreso presentó vómitos , a partir de ese momento fue cuando se le pautó el primperan , manteniendo también esos días una dieta absoluta

Respecto a la acción de comer en si , la mujer se apaña perfectamente para comer de forma individual , siendo totalmente capaz de llevarse los alimentos a la boca por si sola, sin ayuda de acompañante (ligero temblor , pero nada destacable)

3. Eliminación adecuada de desechos y secreciones humanas

Urinaria

La paciente no es portadora de ningún tipo de sonda vesical , puesto que tras la intervención en su llegada a la planta, su micción fue espontánea y positiva , sin embargo en ciertos días ha referido algunas dificultades para orinar así como escozor en sus partes , teniendo que realizar según ella grandes esfuerzos (llegándose a dar un episodio presincojal en el baño, teniendo que acudir allí el personal sanitario) , por tanto hay que valorar una posible infección urinaria , y aplicar las medidas que sean correspondientes.

Fecal

En este aspecto la mujer presenta un tránsito intestinal bastante normal , sin ningún tipo de dificultad para defecar (comentó en alguna ocasión que al no ser su baño le iba a costar.. pero nada destacable finalmente)

Respecto a la acción de ir al baño , la mujer si es cierto que presenta iniciativa para ir , pero debido a sus problemas en la rodilla necesita ayuda del acompañante , para casi cualquier tipo de desplazamiento , no pudiendo completar por si misma la acción

Necesidad de eliminación...alterada (parte urinaria)

4. Moverse y mantener una buena postura

Como he mencionado anteriormente , la paciente requiere ayuda del acompañante para casi cualquier tipo de desplazamiento (no presenta una gran estabilidad por sus problemas de rodilla) , si bien si presenta como también he comentado una buena iniciativa para el movimiento , realizando en cada acción el mayor esfuerzo que le resulta posible , consiguiendo de esta manera que la ayuda tenga que ser menor (no rol pasivo por tanto), durante la mayor parte del ingreso la mujer ha permanecido en la cama (manifestaba estar cansada) , aunque de vez en cuando si que la levantaban al sillón , agradeciendo ella misma el cambio de postura (comentaba que con tanto tiempo en la cama le dolía la espalda)

Cuando se encuentra de pie , su espalda no se encuentra del todo recta.. pero debido a su edad este aspecto no se ha considerado destacable (anda con la espalda un poco encorvada hacia adelante)

Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada ...alterada

5. Dormir y descansar

Es probablemente uno de los aspectos donde más problemas ha tenido la paciente, manifestándose siempre cansada durante el día, comentando que no puede conciliar el sueño por las noches , esto unido a su problema de hipoacusia hace que por la mañana temprano la paciente esté poco colaboradora y atenta a las necesidades y demandas del personal sanitario (al no dormir por la mañana , echa la siesta por la tarde, llegando incluso a rechazar la cena el acompañante porque se encontraba durmiendo... sueño cambiado como se conoce popularmente)

A pesar de que se le han ido administrando ansiolíticos (lorazepam) , desde que comentó que al no dormirse se ponía nerviosa por las noches , su patrón de sueño todavía no se ha visto modificado todavía

Necesidad de dormir y descansar.. alterada (importante modificar este aspecto , siendo del que más se quejaba la paciente)

6. Vestirse y desvestirse

La paciente es quien elige su propia ropa , sin embargo requiere ayuda por parte del acompañante para poder ponérsela adecuadamente, llevando ella la iniciativa de la acción , pero no pudiendo completarla por sí misma (este aspecto no ha sido modificado en el ámbito hospitalario , puesto que la paciente ha comentado en diversas ocasiones que en casa lo hacen de la misma manera)

Necesidad de vestirse y desvestirse... alterada

7. Mantenimiento de la temperatura corporal

Durante el ingreso el paciente no ha presentado nunca ningún tipo de pico o estado febril , siempre manteniendo unos valores de temperatura dentro de los parámetros normales (de este aspecto nos informaban las compañeras auxiliares) En ninguna ocasión la paciente ha manifestado calor o sudoración cuando se encontraba tumbada en la cama tapada por las sábanas, sin embargo cuando era levantada al sillón si que ha comentado en varias ocasiones que sentía frío , teniéndole que proporcionar una manta (comentaba que notaba mucho el cambio de temperatura de la cama al sillón , probablemente sea porque la mayor parte del tiempo ha permanecido en la cama , dándole impresión al salir de ella)

Necesidad de mantener una temperatura corporal adecuada... no alterada

8. Mantener la higiene y proteger los propios tegumentos

La paciente presenta un buen estado de la piel , con buen nivel de hidratación , tacto suave y raramente húmedo . Sin sequedades ni secreciones , si es cierto que ha presentado una de las complicaciones inmediatas de la mastectomía como es el hematoma (de tamaño moderado , situado en el lugar de la intervención) Debido también a la edad que tiene presenta una piel como es lógico , mucho

menos hidratada , mucho más sensible que la de una persona joven por ejemplo , debido a este motivo el sujetador compresivo que se le colocó tras la intervención , le deja marcas en la piel , de las que se queja la paciente.

Portadora de un redón , el cual es vigilado , medido y vaciado a las horas adecuadas (drenaje hemático abundante) , así mismo presenta la cicatriz de la intervención en perfectas condiciones , siendo vigilada y curada por el personal sanitario cuando es conveniente.

Su acompañante se encarga de aplicarle crema hidratante para mantener su piel en buen estado , así como de proporcionarle cierta ayuda en el resto de aspectos de su higiene personal (ducha, peinado del cabello..) , participando en todas estas actividades la paciente de forma activa en la medida de lo posible (de manera individual es evidente que no las podría realizar)

Destacable el hecho de que la mujer siempre quiera estar en perfectas condiciones higiénicas , para la visita del personal sanitario (perfectamente consciente y preocupada de su higiene y cuidado personal)

Necesidad de higiene personal y mantener un buen estado de la piel... alterada

9. Detectar y evitar peligros

Dado que la paciente como he mencionado anteriormente no presenta una gran estabilidad , si no es con ayuda del familiar / acompañante , si que existe cierto riesgo de caídas (la mujer nos informó de que alguna vez se ha caído en su casa, después de la intervención en la rodilla) , en caso de que la paciente intente hacer las movilizaciones de forma completamente autónoma , sin embargo en la actualidad es totalmente consciente de su limitación en la deambulaci3n solicitando siempre la ayuda necesaria.

No presenta deterioro cognitivo (Test de Pfeiffer normal) , presenta cierto riesgo de desarrollar alg3n tipo de UPP puesto que la mayor parte del tiempo est3 en la cama , sin realizar pr3cticamente cambios posturales , sin embargo cada vez se animaba m3s al levantarse al sill3n (Escala Braden UPP) , Riesgo medio de caídas (Escala Morse)

Necesidad de seguridad y evitar peligros... alterada

10. Comunicaci3n

Como he mencionado anteriormente , al manifestar la paciente sueño durante la mayor parte del d3a, al no descansar adecuadamente por la noche , esto hace que no se muestre muy receptiva a lo que le pregunta o le requiere el personal sanitario.

De igual manera al presentar un importante d3ficit auditivo la comunicaci3n con ella es dif3cil, puesto que el personal sanitario tiene que alzar bastante la voz , as3 como repetir todo varias veces, por dicho motivo en la mayor3a de los casos la

información va referida al familiar / acompañante

No tiene problemas de visión (comenta que ha perdido vista con los años, pero que no suele llevar gafas , por lo tanto nada destacable)

Comprende con normalidad las actuaciones del personal sanitario (analíticas, higiene, medicación..) puesto que ha tenido bastantes experiencias quirúrgicas , habiendo estado ingresada en diversas ocasiones , estando ya bastante familiarizada con estos procedimientos.

Necesidad de comunicación... alterada

11. Creencias y valores

No hay constancia de que la paciente haya solicitado en el hospital los servicios religiosos , ni tampoco ha demostrado tener interés en ellos (otros pacientes si que llevan rosarios , o estampas de la virgen por ejemplo)

Necesidad de creencias y valores ... no alterada

12. Sentirse realizado

El estado de ánimo de la paciente podría definirse como desganado , puesto que esta es otra de las múltiples experiencias que ha tenido en un complejo hospitalario (ingresada y operada en más ocasiones) , teniendo únicamente el deseo de que acabe esto , y poder regresar tranquila a su casa a descansar (comentado literalmente por la paciente)

Está viuda , vive sola , pero sus hijos se van turnando para estar con ella y ayudarle en lo que sea necesario , comenta que se siente mucho mejor cuando dispone de compañía , bien de sus hijos , de amigas.. etc y que no le gusta estar sola (no existe sentimiento de aislamiento)

Hasta que comenzaron sus experiencias hospitalarias , comenta que disfrutaba plenamente de su vida (a pesar de su viudedad)

Necesidad de realización personal... no alterada

13. Recrearse y entretenerse

Durante la mayor parte del día no realiza ningún tipo de actividad de ocio , si es cierto que le gusta tener en la habitación la televisión puesta (aunque no se entere del contenido) porque comenta que le despista , y le ayuda a que pase el día de forma más amena, en su vida diaria comenta que tiene varias amigas con las que quedar y charlar un rato

Necesidad de ocio... alterada

14. Aprendizaje

Como he mencionado anteriormente , al presentar la paciente un déficit auditivo importante , no percibe ni comprende bien la mayoría de la información que le prestan los profesionales sanitarios , por tanto la paciente no es consciente de la situación en la que se encuentra , ni presenta excesiva curiosidad por su evolución , relegando esta función a los familiares (atentos a todas las pruebas que se le realizan... preocupados por su evolución.. etc

Necesidad de aprendizaje... alterada

4 Discusión-Conclusión

Tras llevar a cabo la exposición del caso, se enumeran los siguientes diagnósticos de enfermería (NANDA) con sus correspondientes objetivos e intervenciones, en aquellas necesidades que se encontraban alteradas:

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad de respiración

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con deterioro muscular esquelético manifestado por cifras de saturación bajas.

NOC

La capacidad respiratoria de la paciente mejorará a partir de la administración de oxigenoterapia adecuada

NIC

- Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come
- Vigilar el flujo de litro de oxígeno (ajustarlo en función de los efectos que tenga)

Necesidad de alimentación

Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para digerir los nutrientes debido a factores biológicos / psicológicos manifestado por pérdida de peso

NOC

Se le elaborará a la paciente una dieta , acorde a sus gustos , así como a las calorías que puede ingerir , para fomentar así su alimentación y por consiguiente la ganancia de peso

NIC

- Se fomentará la ingesta de calorías adecuada al tipo corporal y estilo de vida de la paciente

- Animar a la paciente a que utilice dentaduras de buen ajuste y/o que obtenga cuidados dentales.

Necesidad de movilización

Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro muscular esquelético manifestado por dificultad para andar sin ayuda

NOC

La paciente incrementará su nivel de actividad física en la medida en que le sea posible

NIC

- Se le proporcionarán ejercicios al cuidador principal , adaptados a la condición física de la paciente para que pueda realizarlos tanto en el ámbito hospitalario como en su domicilio
- Se le proporcionarán dispositivos a la paciente para facilitar su movilización (andadores , bastones.. etc)

Necesidad de descanso

Deterioro del patrón de sueño relacionado con higiene del sueño inadecuada manifestado por desvelo e insomnio prolongado durante la noche

NOC

La paciente aumentará el tiempo y la calidad de su sueño en un período corto de tiempo

NIC

- Se eliminarán los factores negativos que pudieran condicionar el sueño de la paciente (ruido , luces, comodidad, temperatura.. etc)
- Se le proporcionarán a la paciente técnicas de relajación que le ayuden a conciliar antes el sueño (respiración lenta , ofrecer alguna bebida caliente ... etc)

Necesidad de higiene

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con poca movilidad (demasiado tiempo en la cama)

NOC

Se eliminarán todos aquellos factores que sean predisponentes para la aparición de UPP , así como de heridas cutáneas

NIC

- Se le explicará al paciente y al acompañante una técnica adecuada de cambios posturales , para así evitar la presión continua sobre un mismo punto del cuerpo
- Se vigilará de manera continuada el estado de la piel de la paciente (color, textura, si existen edemas, inflamación.. etc)

Necesidad de seguridad

Ansiedad relacionada con múltiples procesos hospitalarios (desesperanza) manifestada por insomnio , inquietud , angustia

NOC

La paciente permanecerá tranquila y con un estado de ánimo normal en las próximas semanas

NIC

☑ Se ayudará a la paciente a reconocer sus sentimientos de ansiedad , ira , tristeza.. lo que le hará sentirse mucho mejor

☑ Permanecer con el paciente y proporcionar palabras de apoyo y seguridad durante los períodos de más ansiedad

Necesidad de comunicación

Trastorno de la percepción sensorial relacionado con alteración de la percepción sensorial manifestado por hipoacusia severa

NOC

Se incrementará la participación de la paciente en las interacciones con el personal sanitario a partir de paliar su déficit auditivo con las medidas adecuadas

NIC

☑ Se facilitará a la paciente cita para el examen de la agudeza auditiva

☑ Mirar directamente al paciente, hablándole despacio y claro (incluir contacto físico)

Conclusión

La mastectomía además de ser en sí una intervención quirúrgica, con los nervios que esto conlleva en los pacientes, tienen un gran impacto físico y emocional, la cirugía, si bien es necesaria en muchas ocasiones para tratar el cáncer de mama, puede dejar secuelas significativas en la imagen corporal y la autoestima de la paciente. Es imperativo que los profesionales de la salud brinden un apoyo integral, tanto físico como psicológico, a estas mujeres, ofreciéndoles opciones de reconstrucción mamaria y apoyo emocional. Además, es importante concienciar a la sociedad sobre el cáncer de mama y promover la detección temprana, para prevenir situaciones extremas como la mastectomía y mejorar así la calidad de vida de las pacientes.

5 Bibliografía

1-Asociación Española contra el Cáncer. [Internet]. España: AECC; c2012

[Actualizado 19 julio 2013; consultado 20 diciembre 2013]. Cáncer de mama; [Aprox. 4 pantallas]. Disponible en:
(<https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancermama/paginas/incidencia.aspx>)

2- Kitch H. The Role of the Nurse in Providing Psychological Care to Women Undergoing a Mactectomy [Tesis]. Cardiff (UK): Cardiff University; 2008.

3-Bulechek G, Butcher H, Johnson M, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Vínculos NOC – NIC a NANDA-I y Diagnósticos Médicos. Barcelona: Elsevier – Mosby; 2012.

Capítulo 173

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE TAKO -TSUBO

SERGIO BARBERO SÁNCHEZ

GEMA MAGÁN CANO

ANA PÉREZ PLAZA

ÁNGELA TENDERO MORALEDA

GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO

1 Introducción

El síndrome de Tako-Tsubo, también conocido como síndrome del corazón roto, es una enfermedad cardíaca rara pero creciente que se caracteriza por un debilitamiento repentino y agudo de la función del músculo cardíaco. Este síndrome se presenta en su mayoría en mujeres de mediana edad o en ancianas que han experimentado un evento emocional o físico estresante. El nombre de "Tako-Tsubo" proviene del típico aspecto que adquiere el ventrículo izquierdo del corazón durante el episodio, que se asemeja a una trampa para pulpos japonesa.

Aunque los síntomas del síndrome de Tako-Tsubo pueden ser similares a los de un ataque al corazón, la principal diferencia radica en la ausencia de obstrucciones en las arterias coronarias que suelen estar presentes en un infarto agudo de miocardio. En cambio, en el síndrome de Tako-Tsubo se producen espasmos

en las arterias pequeñas del corazón, lo que provoca una disfunción temporal del músculo cardíaco.

Los síntomas principales de este síndrome pueden incluir dolor persistente en el pecho, dificultad para respirar, opresión en el pecho y debilidad generalizada. Además, las personas afectadas pueden experimentar síntomas similares a los de un ataque de pánico, como ansiedad, sudoración profusa y mareos.

Si bien el síndrome de Tako-Tsubo puede ser potencialmente mortal, la mayoría de los pacientes se recuperan completamente en un periodo de semanas o meses. El tratamiento se centra en el manejo de los síntomas y el control de las complicaciones. También se recomienda el apoyo emocional, ya que el estrés y las emociones intensas parecen desempeñar un papel importante en el desarrollo de este síndrome cardíaco

2 Objetivos

Exponer un proceso de atención de enfermería de un paciente con una insuficiencia cardíaca descompensada, que ingresa a cargo de cardiología, por presentar disnea de esfuerzo de 1 mes de evolución, así como hinchazón abdominal en su domicilio.

3 Caso clínico

Exposición del caso y antecedentes:

Varón de 80 años , jubilado , en la actualidad se mantiene económicamente por su paga de jubilación , vive con su mujer, hasta el momento no han requerido de cuidador particular en casa, pudiendo valerse por si mismos entre los dos.

Valoración (antes del ingreso , en urgencias)

Acude a urgencias por presentar disnea de mínimo esfuerzo de 1 mes de evolución , así como hinchazón abdominal durante los últimos 4 o 5 días . Presenta disminución de diuresis, no ortopnea , tampoco presenta fiebre ni escalofríos, no tos ni secreciones respiratorias. No edemas . Tras la exploración física y la realización de las pruebas de laboratorio y analíticas pertinentes se llega al siguiente diagnóstico

ICC descompensada (Síndrome de TAKO TSUBO)

Antecedentes

☑ HTA ,DLP y DM tipo 2

- ☒ FA permanentemente anticoagulado
- ☒ MC definitivo VVI
- ☒ Ingreso hace dos años en Medicina Interna por IC descompensada biventricular. Pendiente de recambio valvular.
- Cirugías previas
- ☒ Colectectomía
- ☒ Hernia umbilical
- Tratamiento habitual en su domicilio
- ☒ Sintrom Sp
- ☒ Seguril 40 mg/12h para el tratamiento de la HTA
- ☒ Metformina 850 mg 0.5 /12h para el tratamiento de la diabetes
- ☒ Digoxina 0.25 mg / 24h para el tratamiento de la IC
- ☒ Pravastatina 10 mg / 24 h para el tratamiento de DLP
- ☒ Enalapril 10 mg /24h para el tratamiento de la HTA
- ☒ Espironolactona 25 mg / 24 h para el tratamiento de la HTA así como de la IC
- Tratamiento en planta
- ☒ Perfusión de dobutamina 250 mg en SG 5 % de 250 ml
- ☒ Paracetamol si precisa
- ☒ Valsartan 160 mg / 1 comprimido (mañana)
- ☒ Clortalidona 25 mg / 1 comprimido (mañana)
- ☒ Furosemida 80 mg / 2 comprimidos (mañana) , anteriormente ha llevado perfusión de este medicamento a través de bomba
- ☒ Digoxina 0,15 mg (mañana)
- ☒ Parche nitroglicerina (mañana) , retirada a las 9 de la noche
- ☒ Calcio carbonato 500 mg / 1 masticable (mañana)
- ☒ Omeprazol 20 mg (mañana)
- ☒ Acenocumarol 1 mg / 1 comprimido (tarde)
- ☒ Espironolactona 25 mg/1 comprimido (tarde)
- ☒ Atorvastatina 40 mg / 1 comprimido (tarde)

VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. Respirar normalmente

El paciente ha presentado disnea de mínimos esfuerzos durante gran parte de su estancia en la planta, por lo que ha presentado durante un período de tiempo largo problemas respiratorios, siendo necesario la oxigenoterapia. Generalmente el paciente permanecía en su habitación con GN con una potencia de 2L , siendo esta suficiente para mantener sus valores de saturación , así como su sensaciones respiratorias en un estado normal (sin embargo sin ellas el paciente refería fatiga). De manera aislada se le han colocado inhaladores.

Necesidad de respiración..... alterada

2. Beber y comer adecuadamente

El paciente al inicio de su ingreso portaba una dieta de fácil masticación (diabética) , dado que portaba una dentadura debido a la falta de piezas dentales , sin embargo con el tiempo esta tipo de dieta tuvo que ser modificada , ya que el paciente comentaba que tardaba mucho en comérsela algunos días (pechuga o jamón) . Finalmente se optó por darle una dieta alternada entre fácil masticación ,asegurando de que se tratase de alimentos blandos y de fácil deglución y túrmix (ambas diabéticas). Respecto a la propia acción de coger los alimentos y llevárselos a la boca , el paciente requiere ayuda para ello (de su mujer) puesto que presenta un ligero temblor en las manos.

Necesidad de alimentación.... Alterada

3. Eliminación adecuada de desechos y secreciones humanas

Urinaria... El paciente ha sido portador de sonda vesical durante prácticamente toda su estancia en la planta (tipo Foley del calibre 16) , ya que presentaba dificultad para la micción espontánea, de hecho se le administraban dosis importantes de diuréticos , así mismo se le debían de realizar lavados de manera relativamente frecuente en la sonda vesical , ya que formaba coágulos en ella, obstruyéndola , imposibilitando la micción.

Fecal.... Inicialmente el paciente comentó que presentaba dificultad para defecar, administrándose por parte del personal de enfermería varios sobres de Movicol oral , consiguiendo este restablecer su ritmo intestinal normal , no recibiendo desde ese momento más quejas de este apartado por parte del paciente . Por otra parte el paciente era capaz de ir al baño (con ayuda) y realizar sus necesidades

Necesidad de eliminación... alterada (parte urinaria)

4. Moverse y mantener una buena postura

El paciente requiere ayuda para cualquier tipo de desplazamiento (no presenta una gran estabilidad) si bien si que presenta una buena iniciativa para el movimiento , realizando en cada acción lo máximo que le es posible, consiguiendo que la ayuda no tenga que ser grande, durante la mayor parte del ingreso ha presentado una actividad cama/sillón que el paciente soportaba sin problemas, llegándose incluso a dar en las últimas semanas , paseos ligeros por el pasillo acompañado por su mujer (gran mejoría en este aspecto)

Necesidad de moverse mantener una buena postura.... Alterada

5. Dormir y descansar

Durante el día el paciente se encuentra completamente despierto , estando muy atento a las necesidades y demandas por parte del personal sanitario y de los familiares (muy colaborativo y amable) . Manifiesta que durante las noches duerme bien , de forma continuada , sin ningún tipo de interrupción o sobresalto . Mantiene un hábito regular de sueño tanto en el hospital como en su domicilio. No refiere quejas de ningún tipo de dolor o molestia cuando está tumbado en la cama

Necesidad de dormir y descansar... no alterada

6. Vestirse y desvestirse

El paciente requiere de ligera ayuda por parte de su mujer para ponerse y quitarse la ropa durante su estancia en el hospital (en el domicilio según lo que me comentaron no era así) El paciente de igual manera es quien elige su propia ropa , llevando la iniciativa para la acción pero requiriendo un pequeño apoyo para poder finalizarla (participa de forma activa en la acción)

Necesidad de vestirse y desvestirse... alterada

7. Mantenimiento de la temperatura corporal.

Durante el ingreso el paciente no ha presentado nunca ningún tipo de pico o estado febril , siempre manteniendo sus valores dentro de los parámetros normales (cuando era medida por las compañeras auxiliares)

En ninguna ocasión el paciente ha manifestado frío cuando se encontraba en el sillón únicamente con el pijama , ni calor o sudoración cuando se encontraba tumbado en la cama tapado por las sábanas

Necesidad de mantener una temperatura corporal adecuada.... No alterada

8. Mantener la higiene y proteger los propios tegumentos.

El paciente presenta un buen estado de la piel , con buen nivel de hidratación , tacto suave y raramente húmedo . Sin sequedades , ni secreciones , si es cierto que presenta algún hematoma dado la gran cantidad de analíticas que le han ido realizando . Su mujer se encarga de aplicarle crema hidratante para mantener su piel en buen estado , así como proporcionarle cierta ayuda en el resto de aspectos de su higiene personal (ducha , afeitado, peinado.. etc) participando el paciente en todas ellas de forma activa.

Necesidad de higiene personal y mantener un buen estado de la piel.... Alterada

9. Detectar y evitar peligros

Dado que el paciente como he mencionado anteriormente no presenta una gran estabilidad si no es con ayuda por parte del familiar / acompañante , si que existe un cierto riesgo de caídas en caso de que el paciente intente realizar las movi-

lizaciones de forma completamente autónoma (sobre todo momento en el que se levanta del sillón o cama , una vez que iniciaba la marcha se mantenía más estable) , sin embargo es consciente de su limitación en la movilización y siempre solicita la ayuda necesaria . No comentó ningún tipo de caída en el pasado
No tiene deterioro cognitivo (Test de Pfeiffer normal) , no presenta riesgo de desarrollar ningún tipo de UPP puesto que a pesar de sus limitaciones se mantenía prácticamente en constante movimiento (Escala Braden UPP) , Riesgo medio de caídas (Escala Morse)

Necesidad de seguridad y evitar peligros... no alterada

10. Comunicación

El paciente se muestra muy receptivo , contestando activamente a lo que se le pregunta o se le requiere , sin embargo cuando no llevaba puesta la dentadura el personal sanitario tenía dificultades para comprenderlo (la mayor parte del día no la tenía puesta) , teniendo que referirse en la mayoría de los casos al familiar. Comprende con normalidad las actuaciones del personal sanitario (analíticas, higiene, medicación..)

No presenta ningún tipo de deterioro o dificultad auditiva (no hacía falta alzar la voz con él)

No tiene problemas de visión , puesto que algunos días se le ha visto con el periódico o alguna revista o no se le han visto puestas gafas , ni se le conoce ningún tipo de patología ocular anterior.

Necesidad de comunicación.... No alterada

11. Creencias y valores

No hay constancia de que haya solicitado en el hospital los servicios religiosos, ni tampoco que haya demostrado interés en ellos (otros pacientes si tienen estampas de la virgen y cosas así..)

Necesidad de creencias y valores No alterada

12. Sentirse realizado

Su estado de ánimo es optimista, siempre pensando que cualquier procedimiento que le realiza el personal sanitario es para mejorar su estado de salud , y así poder regresar antes a casa.

Está casado, vive felizmente con su mujer , y comenta que le da mucha alegría cuando sus hijos y nietos van a su casa comer (sentimiento familiar , no de aislamiento)

Disfruta de su vida de jubilado , comentando en varias ocasiones que no echa en falta trabajar (desempeñaba un trabajo duro)

Necesidad de realización personal... no alterada

13. Recrearse y entretenerse

Durante la mayor parte del día no realiza ningún tipo de actividad de ocio (de vez en cuando le llevaban el periódico o alguna revista) , si es cierto que tiene la tele puesta pero no le presta demasiada atención , su mujer me comenta que en casa le gusta mucho ver los eventos deportivos (partidos de fútbol sobretudo) , así como ir al hogar del jubilado a reunirse con sus compañeros , junto con su afición al campo (tiene un huerto en su parcela)

Necesidad de ocio.... Alterada

14. Aprendizaje

El paciente no es consciente de su situación , ni presenta demasiada curiosidad por su evolución (ha llegado a estar muy grave) , es por eso que como he nombrado anteriormente mantiene esa mentalidad optimista , ayudándolo en cierta parte ese desconocimiento que tiene (la preocupación recae más en la mujer y los hijos los cuales si son conscientes de su estado y de para que sirven todas las pruebas que se le realizan)

El único apartado donde si reconoce estar más preocupado es en la movilización (hombre bastante nervioso)

Necesidad de aprendizaje.... Alterada

4 Discusión-Conclusión

Tras la exposición del caso y la valoración del paciente, se desarrollan los siguientes diagnósticos de enfermería (NANDA), con sus correspondientes objetivos e intervenciones de aquellas necesidades que están alteradas

PLAN DE CUIDADOS

1. Estreñimiento manifestado por disminución de la frecuencia relacionado con sedentarismo/encamación.

- NOC: - El paciente recuperará el ritmo de defecación habitual.

- ☒ NIC: - El paciente tendrá una dieta con abundante fibra.

- ☒ El paciente beberá abundantes líquidos.

- ☒ El paciente deambulará, dentro de sus límites, por la habitación o con ayuda de sus familiares o la terapeuta ocupacional.

2. Deterioro de la movilidad manifestado por limitación de la amplitud de movimiento y/o enlentecimiento relacionado con disminución de la agilidad mo-

tora y debilidad muscular.

☒ NOC: - Reducir la extensión de la inmovilidad

☒ NIC: - Realizar ejercicios de movilización general y particular de cada articulación.

-Proporcionar apoyos para la movilidad (silla de ruedas) y enseñar su uso.

3. Riesgo de caídas relacionado con falta de estabilidad

☒ NOC

El paciente mejorará su estabilidad en el estado de sedestación

☒ NIC

Educar a los familiares sobre los factores de riesgo que favorecen las caídas

Proporcionar al paciente dispositivos de ayuda, para que cuando no esté el familiar disponible (como andadores , muletas..)

Identificar déficits sensoriales del paciente que puedan contribuir a aumentar el riesgo de caídas.

4. Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con problemas en las piezas dentales , manifestado por pérdida de peso

☒ NOC

El paciente aumentará su deseo de comer (se les estimulará para ello)

☒ NIC

Se ajustará la dieta a las necesidades del paciente , así como a sus gustos

Se conocerán y tendrán en cuenta los horarios y preferencias de comida del paciente

Asegurarse de que la dieta posee los suficientes alimentos ricos en fibra para así evitar el estreñimiento.

5. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con ICC , manifestado por disnea de mínimos esfuerzos

☒ NOC

El paciente mejorará la calidad y eficacia de sus respiraciones en un período de tiempo razonable

☒ NIC

Se administrarán broncodilatadores si procede

Se colocará al paciente en aquellas posiciones en las que disminuya la disnea

Se fomentará una respiración lenta y profunda , así como la tos en los momentos que sea necesaria

Conclusión

Este caso, refuerza la importancia de considerar esta afección en el diagnóstico diferencial de los síndromes coronarios agudos en pacientes que presentan síntomas similares.

El síndrome de Tako-Tsubo, también conocido como "miocardiopatía de estrés", es una entidad clínica que se caracteriza por una disfunción transitoria del ventrículo izquierdo, similar a un infarto de miocardio, pero sin obstrucción arterial coronaria significativa. En la mayoría de los casos, se desencadena por un estímulo emocional intenso, como estrés, ansiedad o una situación traumática.

En general, el pronóstico de los pacientes con síndrome de Tako-Tsubo es favorable, con una recuperación completa de la función ventricular en la mayoría de los casos. Sin embargo, se requiere un seguimiento a largo plazo para identificar posibles complicaciones y evaluar el riesgo de recurrencias. En este caso, el paciente mostró una mejoría clínica significativa y una recuperación completa de la función ventricular, lo que sugiere un buen pronóstico a largo plazo

5 Bibliografía

1-Bulechek G, Butcher H, Johnson M, Maas M, Moorhead S, Swanson E.

Vínculos NOC – NIC a NANDA-I y Diagnósticos Médicos. Barcelona:

Elsevier – Mosby; 2012.

2- Núñez Gil I.J., Andrés M., Almendro Delia M., Sionis A., Martin A., Bastante T., et al .Caracterización del síndrome de tako-tsubo en España: resultados del registro nacional RETAKO. Revista española de cardiología.2015.,68(6):pp505-512.

Capítulo 174

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE EN PROCESO DE GESTACIÓN CON PREECLAMPSIA

SERGIO BARBERO SÁNCHEZ

GEMA MAGÁN CANO

ANA PÉREZ PLAZA

ÁNGELA TENDERO MORALEDA

GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO

1 Introducción

La preeclampsia es una complicación médica que afecta a las mujeres durante el embarazo. Es una condición seria que puede poner en peligro la vida tanto la madre como del feto si no se trata de manera adecuada. Esta condición se caracteriza por una presión arterial alta y daño a órganos importantes, como el hígado y los riñones.

La preeclampsia generalmente se desarrolla después de la semana 20 del embarazo y puede durar hasta el parto. Los síntomas comunes incluyen hipertensión arterial, hinchazón en el rostro y las manos, dolor de cabeza intenso y cambios en la visión, como visión borrosa o sensibilidad a la luz. Si no se controla, puede

llevar a complicaciones graves como el síndrome de HELLP, que afecta al hígado y a las plaquetas, o el desprendimiento de la placenta.

La causa exacta de la preeclampsia aún no se conoce completamente, aunque se cree que está relacionada con problemas en los vasos sanguíneos de la placenta. Algunos de los factores de riesgo que aumentan las posibilidades de desarrollar preeclampsia incluyen el primer embarazo, antecedentes familiares de preeclampsia, obesidad, diabetes y enfermedades renales.

El diagnóstico temprano y el seguimiento médico regular son cruciales para el manejo de la preeclampsia. El tratamiento generalmente se centra en controlar la presión arterial de la madre y monitorear de cerca al feto. En algunos casos, puede ser necesario realizar una cesárea para prevenir complicaciones graves.

En resumen, la preeclampsia es una complicación grave del embarazo que requiere atención médica inmediata. Las mujeres embarazadas deben estar atentas a los síntomas y buscar atención médica si experimentan signos de hipertensión o síntomas relacionados con la preeclampsia

2 Objetivos

Exponer un proceso de atención de enfermería, en una paciente gestante, ingresada a cargo de ginecología , por presentar episodios de HTA durante la semana 30 de gestación en su domicilio

3 Caso clínico

Exposición del caso y antecedentes personales

Paciente gestante de 29+1 semanas, que es ingresada en la planta por un problema de HTA diagnosticado durante el primer trimestre del embarazo, posteriormente y ya en la planta desarrolló una preeclampsia sobreañadida (HTA + proteinuria+ edemas), esto último se trata de un síndrome específico del embarazo que si no se trata de la manera adecuada puede dar lugar a complicaciones muy graves como puede ser la eclampsia produciendo daños en diferentes órganos de la madre , así como entrar en un posible coma acompañado de convulsiones (tratamiento preventivo de las convulsiones.. el sulfato de magnesio)

Durante la estancia hospitalaria, se le han ido realizando diferentes procedimientos como controles de las constantes vitales cada 6 horas, administración de fármacos hipotensores en función de las cifras que tiene la paciente, MNE de manera

diaria para realizar un seguimiento del feto y así evitar posibles complicaciones así como Eco-dopplers diarios. (esto último debido a ligera taquicardia)

Historia clínica

La paciente es una mujer de origen extranjero de 28 años, que actualmente reside en Albacete capital. Actualmente posee empleo remunerado

Antecedentes

- No existe ninguna reacción adversa a medicamentos (RAM) conocida
- No presenta antecedentes familiares de patologías
- No presenta antecedentes de intervenciones quirúrgicas anteriores

Enfermedad actual

La paciente acude hace unas semanas por iniciativa propia a la consulta de tocología, preocupada y refiriendo síntomas como dolor de cabeza, vértigos, mareos, así como malestar generalizado.

En dicha consulta se le realiza una triple toma de TA, lo suficientemente espaciadas, obteniéndose las siguientes cifras.

- 1ª Toma: 134/98 FC:85
- 2ª Toma: 130/98 FC:86
- 3ª Toma: 130/97 FC:84

Tras lleva a cabo este despistaje unido a los síntomas que he descrito anteriormente, la paciente es diagnosticada de HTA durante el primer trimestre del embarazo, poniéndose en marcha por este motivo su ingreso en el servicio de Tocología-Obstetricia del Hospital General Universitario de Albacete.

Durante su estancia en la planta la paciente desarrolla una preeclampsia leve (es decir con cifras inferiores a 140/90), en relación a su HTA diagnosticada anteriormente confirmado mediante análisis de orina, más de 0.3 g de proteína en orina de 24 h, (diagnosticada en conjunto con los nefrólogos), que hace que se ponga en marcha con ella unos de los protocolos de la planta como es el del Labetalol (Trandate)

Así mismo durante ingreso en la planta presenta de manera frecuente dolor de muelas, proporcionándole los analgésicos adecuados, así como un problema relacionado con las defecaciones

Datos Obstetro-ginecológicos de interés

- Fecha última regla (FUR): 8/8/2018
- Frecuencia de manchado (FM): 4-5 /28 días
- Paridad G2P1, dando esto a entender que se trata de una mujer embarazada que ha tenido un parto previo
- Genitales externos: normales
- Vagina: flujo fisiológico

- Cérvix: cerrado y formado
- Abdomen: blando y depresible acorde con amenorrea

Tratamiento actual en planta

- ☒ Nifedipino Retard 20 mg 1 comprimido por vía oral, condicionado por cifras de TA, si son menores de 130/40 no se le entrega (por tanto es si precisa)
- ☒ Labetalol 200 mg, 2 comprimidos por vía oral
- ☒ Metildopa 500 mg, 1 comprimido por vía oral
- ☒ Ranitidina 150 mg, 1 comprimido por vía oral
- ☒ Control de constantes cada 6h
- ☒ Reposo relativo en DLI (decúbito lateral izquierdo)

VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. Respiración (circulación): Respirar adecuadamente

La paciente no ha necesitado ninguna medida de oxigenoterapia (ni GN, ni inhaladores) a lo largo de su estancia en la planta, no presentando ningún tipo de problema a la hora de realizar la inspiración y espiración de forma fisiológica.

Tipo de respiración normal no presentando ni tos ni disnea, ni ruidos anormales Su patrón respiratorio es normal presentando una frecuencia de 15 respiraciones por minuto y una SaO₂ del 99%

En su llegada a la planta su TA era 130/98 con una FC de 89, siendo esta una TA elevada que concuerda que el diagnóstico que se le realizó antes del ingreso

De igual manera la paciente se encuentra algo edematizada debido al Dx de preeclampsia que se le estableció, existiendo por tanto una alteración en el aparato circulatorio de la paciente.

Necesidad de respiración (circulación): alterada

2. Alimentación/ hidratación: comer y beber adecuadamente

La paciente ha tenido asignada a lo largo de su ingreso en la planta, una dieta basal, ya que los médicos y ginecólogos a pesar de su problema de HTA no vieron necesario establecerle una dieta sin sal, puesto que su problema de tensión está relacionado directamente con el embarazo y no con la alimentación que sigue, siendo el único tratamiento definitivo para ello el parto (junto con fármacos hipotensores para estabilizar las cifras)

Consume todos los alimentos que le llevan a la habitación, por lo tanto lleva una dieta bastante variada. Rara vez se deja algo en la bandeja por lo que la cantidad de comida que ingiere es la adecuada Su IMC la sitúa en el rango de normo-peso Es capaz de llevar a cabo la acción de comer con total independencia sin necesitar ningún tipo de ayuda por parte del acompañante, no presenta ningún tipo

de sonda de alimentación, ni tampoco ningún tipo de alergia alimentaria conocida, de igual manera la paciente no refiere problema alguno relacionado con la masticación (a pesar de su dolor de muela recurrente) o la deglución.

Presenta las piezas dentales en buen estado, no dándole problemas para alimentarse de forma adecuada.

Consume líquidos de manera adecuada, no presentando ni sobreingesta, ni un déficit de ellos

Necesidad de Alimentación/hidratación: no alterada

3. Necesidad de Eliminación

Urinaria: la paciente presenta una continencia urinaria normal, siendo la orina de un olor y color normal pero presentando un aspecto peculiarmente espumoso, en la estancia de la paciente en la planta se decidió realizarle un control de orina de 24h, en el que se halló que presentaba proteinuria (Más de 0,3 g de albumina en orina), lo que indica que existe una alteración a nivel renal

Fecal: no presenta ningún tipo de problema para llevar a cabo sus deposiciones, presentando una continencia fecal normal, sin embargo, las paciente nos comenta que sus heces si presentan un aspecto y una consistencia normal, pero que emiten un olor demasiado fuerte y que eso la tiene preocupada, este aspecto es valorado por el médico y se le realizan las pruebas necesarias para evitar posibles problemas que pudieran surgir (posible infección por ejemplo)

Glándulas sudoríparas: la paciente presenta un nivel de sudoración conforme se ha podido observar en las interacciones con ella observando la piel de su frente, manos etc...

Necesidad de eliminación: alterada

4. Movilización: moverse y mantener posturas adecuadas

La paciente no presenta ningún tipo de alteración ni problema que dificulte su movilización, llevándola a cabo sin ninguna ayuda (bien sea mediante algún dispositivo o con ayuda del acompañante), de hecho es frecuente verla paseando por la habitación, puesto que refiere que se cansa de estar todo el día tumbada

Se le realizó a su ingreso el Test de Barthel, que se encarga de medir la autonomía a la hora de realizar las actividades de la vida diaria antes de su ingreso hospitalario, el resultado del mismo reflejaba que la mujer es totalmente independiente en este aspecto

Necesidad de movilización: no alterada

5. Reposo/sueño: dormir y descansar

La paciente presenta un patrón de sueño completamente normal, nos comenta

que no le cuesta nada conciliarlo dado que no le molestan los ruidos de la planta y que duerme dura toda la noche sin despertarse, de igual manera es frecuente pasar a su habitación por la tarde y observarla echando la siesta, por lo que descansa de manera adecuada.

Evidentemente la paciente no utiliza ningún tipo de medicamento para conciliar mejor el sueño

Necesidad de reposo/sueño: no alterada

6. Vestirse/desvestirse: Escoger la ropa adecuada

La paciente es capaz de vestirse con total autonomía y sin ningún tipo de ayuda, así como de seleccionar la ropa más adecuada en función de las condiciones meteorológicas. También es capaz de elegir el calzado más cómodo posible según su estado que normalmente son zapatillas de andar por casa (hinchazón de manos y pies debido a proteinuria)

En este aspecto también influye mucho el hecho de que a la paciente no se le pase ningún medicamento IV, ni lleve sueroterapia, al llevar toda la medicación por vía oral esto hace que no se creen dificultades añadidas a la hora de vestirse y desvestirse

La paciente es capaz de arreglarse por su cuenta de manera adecuada

Necesidad de vestirse/desvestirse: no alterada

7. Necesidad de mantener una temperatura adecuada: Termorregulación

La temperatura de la paciente a lo largo de su estancia en la planta se ha mantenido siempre dentro de los rangos considerados normales, excepto un par de días donde la paciente presentaba cifras de febrícula (coincidiendo con las heces malolientes, pudiendo ser una posible infección) en la última toma que se le realizó llevada a cabo en la región axilar registró unos valores de 36.6 en el turno de la mañana.

No ha referido en ninguna ocasión que le falte o sobre ropa en la cama durante la noche (mantas, más sabanas etc..) asegurando que se encontraba a gusto y con una temperatura idónea

Necesidad de Termorregulación: no alterada

8. Higiene/piel: Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

La higiene bucal y corporal de la paciente es adecuada, además es capaz de llevar a cabo dicho aseo personal de manera totalmente independiente.

La paciente es muy cuidadosa para este aspecto lavándose prácticamente todos los días dado que comenta le gusta estar y sentirse limpia y refiere tener mucho tiempo libre para poder realizar su aseo personal en perfectas condiciones

Presenta una piel en buen estado, sin ninguna herida o úlcera, presentando únicamente en ciertas partes presenta pequeños endurecimientos y hematomas debido al gran número de analíticas sanguíneas que se le han realizado a la paciente durante su estancia en la planta, el estado de hidratación de la misma es el idóneo, no existiendo una exposición a la humedad, ni habiendo ningún tipo de riesgo en relación con el desarrollo de úlceras.

Se ha podido observar en la mesilla de paciente la presencia de crema hidratante que ella se aplica de manera regular

Necesidad de mantener una higiene corporal y una integridad de la piel adecuadas: no alterada

9. Seguridad: Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otras personas

Durante las visitas de los diferentes profesionales sanitarios a la habitación de la paciente está se ha encontrado en todo momento orientada y colaborativa para que todo se realizara sin que existiera ningún problema, de igual manera la paciente está totalmente capacitada para prevenir caídas, aspiraciones con la comida, dolor (pide los analgésicos convenientes)

No se han registrado caídas previas conocidas, ni la paciente tiene riesgo de autolisis, de igual manera la paciente no ha puesto en conocimiento con nosotros ninguna situación de riesgo o exclusión social

Realizamos en la paciente la escala Downton, que se encarga de evaluar el riesgo existente de que la paciente pueda sufrir una caída, teniendo como objetivo primordial esta escala en el caso de que existiera un riesgo introducir medidas preventivas. El resultado de dicha escala nos muestra que la paciente presenta un bajo riesgo de padecer una caída

Necesidad de seguridad: no alterada

10. Comunicación: Comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones

En el ámbito de la comunicación la paciente si que presenta una pequeña barrera idiomática, puesto que es de origen extranjero y no conoce todas las expresiones, teniendo que hacerse entender en muchas ocasiones con gestos (“chapurrea” bastante bien el español, la barrera existente no es grande)

La paciente no se ha mostrado en ningún momento cohibida para expresar sus pensamientos o emociones, a pesar de encontrarse en un ambiente diferente al que ella suele estar acostumbrada (su primer hijo nació en su país)

La paciente se ha encontrado en todo momento en un estado orientado, no presentando déficits sensoriales, ni alteraciones auditivas, sin embargo que si que presenta una alteración visual leve (gafas de gran graduación), dado que cuando

no lleva las gafas puestas no reconoce quien entra en la habitación.

En la actualidad, no ha puesto en conocimiento de los profesionales sanitarios, el hecho de que se encuentre en una situación de aislamiento social, sino todo lo contrario refiere que tiene el apoyo de sus hermanos que también residen en España, y que a pesar de no tener ya relación con su ex pareja se siente muy arropada por su núcleo familiar

Necesidad de comunicación: alterada

11. Creencias y valores: Actuar con arreglo a la fe.

La paciente ya conoce perfectamente lo que supone tener un hijo, y el cambio en su vida que va a suponer esto, aceptándolo de buena manera, ya que le hacía mucha ilusión darle un hermanito a su primer hijo.

Se desconocen totalmente sus creencias religiosas dado que nunca se ha manifestado sobre ellas, sin embargo ninguna práctica sanitaria realizada en el hospital parece haber comprometido moralmente ni religiosamente a la paciente.

Necesidad de creencias y valores: no alterada

12. Trabajar/Realizarse

La paciente en la actualidad si que tiene un trabajo remunerado, aunque comenta que no es su trabajo deseado y que pasa en él más horas de lo que le gustaría, no teniendo demasiado tiempo para salir por ahí a relajarse, y disminuir su estrés acumulado.

Su situación social podemos decir que es limitada, dado que no llegó al país hace demasiado tiempo no habiendo establecido relaciones de amistad, disponiendo como principal apoyo de su entorno familiar.

No presenta ninguna alteración psicológica registrada que le dificulte introducirse en el mundo laboral.

Necesidad de Trabajar/realizarse: no alterada

13. Ocio: Participar en actividades recreativas.

La paciente nos comenta que no tiene prácticamente tiempo para llevar a cabo actividades de ocio, y que actualmente esto se reduce prácticamente a ver la televisión, antes de tener a sus hijos nos comenta que si que le gustaba viajar, y salir a comer a restaurantes

Necesidad de ocio: alterada

14. Aprendizaje

La paciente en un principio si que necesitó cierta educación sanitaria, para explicarle el motivo por el que se le ingresó, así por el que se le ha ido manteniendo en la planta (HTA y preeclampsia)

Sin embargo una vez que le explicamos lo que le sucedía , comprende e identifica

adecuadamente cada uno de los procedimientos que le realizamos y la finalidad de los mismos, así como el estado de la enfermedad en el que se encuentra, de igual manera lleva a cabo un control adecuado de los síntomas (nos avisa si se encuentra hinchada o si su orina es de aspecto distinto) y presenta una motivación y una conducta terapéutica adecuada, estando muy colaborativa en cualquier situación no poniendo ningún problema antes las distintas pruebas que se le han ido realizando.

Necesidad de aprendizaje: no alterada

4 Discusión-Conclusión

Tras llevar a cabo la exposición del caso y la valoración del paciente, se van a desarrollar los diagnósticos de enfermería (NANDA) con sus correspondientes objetivos e intervenciones de las necesidades alteradas en esta paciente

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad de Respiración (circulación)

Dx: Disposición para mejorar los conocimientos relacionado con el control personal de los síntomas de la HTA tras la explicación de los mismos, manifestado por mejora del estado general

NOC

- La paciente demostrará conocimiento de la nueva información adquirida en la siguiente visita del médico
- Logrará los objetivos personales relativos a la salud (disminución de las cifras de TA , mediante control de los síntomas y tomando fármacos hipotensores)

NIC

☑ Proveer información acerca del pronóstico, alternativas efectivas y los efectos del tratamiento (teniendo en cuenta su nivel de español)

Necesidad de eliminación

Dx: Riesgo de infección relacionado con aumento de la exposición ambiental a ambientes patógenos

NOC

- La paciente permanecerá libre de síntomas de infección en las próximas semanas
- Se le informará acerca de los signos de infección más peligrosos para que los comunique de inmediato al personal sanitario disponible
- Mantendrá un recuento leucocitario dentro de los límites normales

NIC

- ☒ Observar signos de infección como incremento de la Tª corporal
- ☒ Tener en cuenta y comunicar los valores obtenidos de las pruebas de laboratorio que se lleven a cabo

Necesidad de Comunicación

Dx: Deterioro de la comunicación verbal relacionado con diferencias culturales y lingüísticas y manifestado por dificultad para comprender o mantener el patrón de comunicación habitual

NOC

- La paciente utilizará técnicas de comunicación eficientes en la próxima visita del médico en la planta
- La paciente demostrará una mayor comprensión de los procedimientos que le llevan a cabo las enfermeras en las próximas semanas

NIC

- ☒ Modificar y adaptar la aproximación de la comunicación a la cultura del usuario
- ☒ Usar técnicas de comunicación terapéutica que enfatizan la aceptación, evaluar las preocupaciones del usuario y transmitir respeto.

Dx: Trastorno de la percepción visual relacionado con preeclampsia manifestado por distorsiones visuales

NOC

- La paciente permanecerá sin daños como consecuencia de su alteración visual a lo largo de su estancia en la planta
- Explicará planes para adaptarse a la alteración sensitiva en los próximos días

NIC

- ☒ Se asegurará el acceso de la paciente a sus gafas, siempre que sean necesarias
- ☒ Cuando se entre en la habitación de la paciente , identificarse con el nombre y el objetivo

Necesidad de ocio

Dx: Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades de ocio como períodos de hospitalización así como jornada laboral excesiva manifestado afirmación de aburrimiento por parte de la paciente

NOC

- La paciente dedicará tiempo a actividades recreativas personalmente satisfactorias (ver programas de TV de su país en el móvil, charlar con el personal sanitario cuando va a su habitación.

NIC

- ☒ Se comentarán con la paciente actividades interesantes y posibles en el entorno actual como por ejemplo la lectura de libros

☒ Animar a la paciente a compartir sentimientos sobre la situación de inactividad en la que se encuentra en la relación a su vida cotidiana

Conclusión

En conclusión, la preeclampsia es una condición seria que afecta a mujeres embarazadas y puede poner en riesgo su salud y la del feto. Es crucial realizar un seguimiento regular con el médico y seguir sus recomendaciones para controlar la presión arterial y reducir los síntomas. Además, es importante llevar un estilo de vida saludable, que incluya una alimentación equilibrada, ejercicio regular y evitar el estrés. Si los síntomas empeoran o se presentan señales de alarma como dolor abdominal intenso, visión borrosa o sangrado, se debe buscar atención médica de inmediato. Tomar estas medidas puede contribuir a un embarazo más seguro y saludable

5 Bibliografía

1. Ackley BJ, Ladwig GB .Manual de diagnósticos de E^a. 7^a Ed. Madrid:Elsevier;2007
2. Preeclampsia.org, Signos y síntomas: preeclampsia.org:2000 (actualizada el 6 de agosto de 2018; acceso 10 de Marzo de 2019). Disponible en <https://www.preeclampsia.org/es/informacion-de-salud/signos-y-sintomas>

Capítulo 175

ACTUACIÓN A PACIENTES CON INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

CARLOS VERA HERVÁS

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

1 Introducción

Helicobacter pylori o H.P, es un tipo de bacteria que causa infección en el estómago produciendo una gastritis crónica que puede progresar a patologías gastro-duodenales graves, incluyendo úlcera péptica, cáncer gástrico y linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica.

H. Pylori infecta a casi la mitad de la población mundial con fuertes diferencias entre las áreas geográficas. Un 80% de las personas permanecen asintomáticas a pesar de desarrollar gastritis en todas las personas con la infección, siendo los resultados individuales impredecibles y potencialmente graves, como la mortalidad.

En cuanto a la epidemiología, cabe destacar que las personas que adquieren la infección por H.P., dicho patógeno persiste en su organismo a lo largo de su vida.

A día de hoy la prevalencia ha disminuido del 50-55% al 43% debido a las condiciones de higiene, al nivel socioeconómico, los niveles de vida y el aumento del uso de antibióticos. Por otro lado, cabe destacar que la prevalencia también varía dependiendo de la edad (es mayor en adultos que en niños) y la etnia (bien por la genética, intercambios de alimentos o por los hábitos de vivienda)

El *Helicobacter pylori* se cultiva a partir del vómito, heces y saliva de personas con infección por lo que la forma de transmisión más probables son las rutas fecal-oral y oral-oral. También se ha demostrado que el agua contaminada puede ser una fuente de infección en los países en desarrollo.

La colonización del *H.pylori* de la mucosa gástrica produce una respuesta proinflamatoria de las células epiteliales gástricas, que recluta diversas células inmunes a la submucosa produciendo la gastritis crónica-activa que puede persistir de forma asintomática durante décadas en la mayoría de las personas, variando su gravedad dependiendo de factores bacterianos, huésped y ambientales. El determinante más importante de la actividad proinflamatoria de una cepa es la posesión de un capPAI158-funcional. Se cree que la inflamación de décadas de la mucosa gástrica es una importante fuerza impulsora que conduce a la atrofia gástrica y en última instancia al cáncer gástrico como se describe en la cascada correa 159, describiéndose como un proceso multietapa y multifactorial que comienza con la gastritis superficial, progresando a gastritis atrófica, metaplasia intestinal y la displasia y que culmina en adenocarcinoma gástrico.

Para identificar dicha bacteria, en la rutina diaria la infección aguda por *H.pylori* permanece sin diagnosticar a cualquier edad, ya que generalmente en la infancia no se captura y se presenta con frecuencia con quejas abdominales con etiologías potencialmente diversas. En adultos se presenta con hipoclorhidria, dolor epigástrico y síntomas dispépticos de leves a moderados. Como complicaciones más importantes en adultos pueden aparecer enfermedad péptica ulcerosa (EPU), cáncer gástrico y el Linfoma MALT174 en orden decreciente de incidencia.

Para comenzar con el tratamiento de la infección por H.P. es necesario llevar a cabo un diagnóstico preciso. Los métodos de diagnóstico se dividen en procedimientos de prueba invasivas y no invasivas.

Las pruebas no invasivas como la prueba de aliento de urea (debes tragar una pastilla, un líquido o un pudín que contiene moléculas de carbono marcas, si tienes dicha infección el carbono se libera cuando la solución entra en contacto con la bacteria en el estómago, debido a que tu cuerpo absorbe el carbono, este se libera cuando exhalas, por lo que debes de soplar dentro de una bolsa y un dispositivo especial detecta las moléculas de carbono) y la prueba de antígeno fecal permiten el diagnóstico de una infección actual. La detección serológica de

anticuerpos de *Helicobacter pylori* no permite la diferenciación entre la infección actual y la anterior de *H.pylori*, lo que requiere la confirmación mediante una prueba de aliento e urea o una prueba de antígeno fecal. Todas las pruebas invasivas se basan en muestras de biopsia de gastroscopia. Estos permiten la evaluación histológica para la clasificación y estadificación de la gastritis, la detección directa de *H.pylori* a través de reacción en cadena de la Polimerasa (PCR), cultivo microbiano, prueba rápida de ureasa y exámenes moleculares. Las pruebas de susceptibilidad a los antibióticos (AST) se pueden realizar a partir de muestras de heces o biopsias utilizando técnicas de cultivo microbiano, secuenciación de próxima generación (NGS) o PCR en tiempo real (RT-PCR). FISH, hibridación in situ de fluorescencia; qPCR, PCR cuantitativa.

El tratamiento de las infecciones por *Helicobacter pylori* en general se basan en la administración de al menos dos antibióticos diferentes al mismo tiempo, evitando así que se cree resistencia frente a un determinado antibiótico. Estos se asocian a medicamentos para ayudar a la cura del estómago, así como: inhibidores de la bomba de protones (suspenden la producción de ácido en el estómago), subsalicilato de bismuto (recubre la úlcera y la protege de los ácidos del estómago) y bloqueadores de la histamina H2 (bloquean la histamina que es la que desencadena la producción de ácido. Solo se recetan si los inhibidores de la bomba de protones no pueden usarse). Las pruebas se repetirán a las 4 semanas de haber administrado el tratamiento, si dicha infección sigue activa es probable que se precise un tratamiento adicional con otra combinación de antibióticos.

2 Objetivos

Exponer según las últimas guías, cómo ha de diagnosticarse y tratarse un paciente con infección por *Helicobacter pylori* en atención primaria.

3 Caso clínico

Varón de 47 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni otros problemas médicos significativos con antecedentes de úlcera péptica diagnosticada hace 10 años, que fue tratada con éxito con un régimen de erradicación de *H.pylori* en ese momento, acude a consulta de atención primaria porque ha estado experimentando molestias epigástricas intermitentes durante los últimos 6 meses, incluyendo dolor abdominal, acidez estomacal y ocasionalmente náuseas después de las comidas, aunque no ha vomitado. Refiere que el dolor no se irradia y no

lo relaciona con ninguna actividad específica ni con la ingesta de alimentos en particular pero la toma ocasional de antiácidos le produce un alivio temporal. A la exploración física destacan constantes vitales de temperatura 36,1 °C, frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 1° respiraciones por minuto, presión arterial 110/60 mm Hg. Observamos una apariencia general en buen estado de salud, no hay signos de distress ni dolor abdominal agudo, a la palpación del abdomen revela sensibilidad en la región epigástrica. Ante los hallazgos en la anamnesis y la exploración concluimos que el diagnóstico diferencial incluye una posible recaída de la úlcera péptica previa o una infección recurrente por *Helicobacter pylori*.

Derivamos al paciente para realizarse pruebas específicas para *H.pylori* así como la prueba del aliento y cuando confirmen la presencia de la bacteria, si es positiva prescribimos un régimen de tratamiento para erradicar la posible infección, incluyendo: un inhibidor de la bomba de protones como el omeprazol, para reducirlo a acidez estomacal y aliviar los síntomas mientras se erradica la bacteria, dos antibióticos como amoxicilina y claritromicina, para eliminar dicha infección siendo la duración y la dosis determinada por las pautas clínicas y las recomendaciones del médico. También se proporciona al paciente la información sobre la importancia de seguir una dieta suave y evitar alimentos irritantes durante el tratamiento

4 Discusión-Conclusión

La infección por *Helicobacter pylori* es una afección gastrointestinal común que afecta a una gran parte de la población mundial y coloniza el epitelio gástrico humano. A pesar de su capacidad para sobrevivir en un entorno ácido, la infección por *H. pylori* puede causar inflamación crónica del estómago, lo que conduce a diversas condiciones gastrointestinales, como gastritis, úlcera péptica y un mayor riesgo de cáncer gástrico.:

La epidemiología de la infección por *H. pylori* varía según la región geográfica y los grupos de población. Se estima que más de la mitad de la población mundial está infectada por esta bacteria. La transmisión suele ocurrir en la infancia, a menudo a través de la exposición a familiares infectados. Los factores de riesgo incluyen condiciones socioeconómicas desfavorables y hacinamiento. La infección por *H. pylori* es más común en áreas con altas tasas de incidencia de cáncer gástrico.

El tratamiento de la infección por *H. pylori* se basa en la erradicación de la bacteria para prevenir o aliviar los síntomas asociados y reducir el riesgo de compli-

caciones.

En los últimos años, ha habido un aumento en la resistencia de *H. pylori* a algunos antibióticos, lo que ha llevado a la necesidad de ajustar los regímenes de tratamiento. Los médicos deben considerar las tasas de resistencia local al seleccionar los antibióticos adecuados. Además, se están investigando nuevas estrategias de tratamiento, como terapias basadas en probióticos y agentes antimicrobianos alternativos, para mejorar la eficacia del tratamiento y reducir las tasas de recurrencia.

En resumen, la infección por *Helicobacter pylori* es un problema global de salud gastrointestinal que requiere un enfoque integral en su diagnóstico y tratamiento. Las actualizaciones en las estrategias terapéuticas y la identificación de resistencia a los antibióticos son áreas activas de investigación y atención clínica. Un diagnóstico y tratamiento oportunos son esenciales para prevenir complicaciones a largo plazo y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por esta infección.

5 Bibliografía

1.

Un tipo de bacteria que infecta el estómago-Infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) - Síntomas y causas [Internet]. Mayo Clinic. 2022 [citado el 4 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/h-pylori/symptoms-causes/syc-20356171>

2.

Infecciones por *Helicobacter pylori*. Digestive System [Internet]. 2013 [citado el 4 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/helicobacterpyloriinfections.html>

3.

Helicobacter pylori y el cáncer [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2023 [citado el 4 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/hoja-informativa-h-pylori>

4.

Mar 8. Erradicar la infección por *Helicobacter Pylori* es todo un reto local y mundial [Internet]. Paho.org. [citado el 4 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2021-erradicar-infeccion-por-helicobacter-pylori-es-todo-reto-local-mundial>

5.

Gisbert JP, Calvet X. Generalidades sobre *Helicobacter pylori*. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2006 [citado el 4 de octubre de 2023];98(12):962–962. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006001200008

6.

Infecciones por *helicobacter pylori* [Internet]. Healthychildren.org. [citado el 4 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/abdominal/Paginas/Helicobacter-Pylori-Infections.aspx>

Capítulo 176

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN CÓDIGO ICTUS EN UN CENTRO HOSPITALARIO

LUCIA PANIAGUA MONTORO

HELENA GARCIA MARTINEZ

ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ

INMACULADA MARTÍNEZ SAIZ

CARMEN LOZANO MARTÍNEZ

1 Introducción

Se conoce por ictus o accidente cerebrovascular (ACV) a la interrupción brusca de la circulación sanguínea en una zona cerebral y con ello a la falta de oxígeno en esa parte del cerebro, por lo cual las células nerviosas mueren. Puede estar provocado por la rotura de un vaso sanguíneo (ictus hemorrágico) o por el taponamiento del mismo (ictus isquémico).

Entre sus síntomas más frecuentes se encuentran mareo, debilidad de un lado del cuerpo, pérdida de fuerza, adormecimiento, dificultad para articular palabra, etc. Entre los factores de riesgo del Ictus aparecen la HTA, la diabetes mellitus, el tabaquismo, edad avanzada, aterosclerosis, tabaquismo, etc.

Los accidentes cerebrovasculares son considerados una emergencia médica, uno de los motivos de atención neurológica más frecuente en los servicios de urgencias y una de las principales causas de muerte e invalidez en el mundo.

Su pronóstico depende en gran medida de la rapidez con la que se detectan y la inmediatez con la que se aplican las medidas terapéuticas para mejorar el estado del paciente y con ello minimizar posibles secuelas.

Conocemos por "Código Ictus" al grupo de acciones llevadas a cabo conjuntamente por un equipo de diferentes profesionales sanitarios que permiten identificar de forma precoz los signos y síntomas de un accidente cerebrovascular y poner en marcha con la máxima inmediatez las medidas y procedimientos que sean necesarios para conseguir la mejoría clínica del paciente, y reducir en todo lo posible las posibles secuelas que puedan aparecer.

2 Objetivos

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

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 nuestro trabajo de revisión bibliográfica en el que nos indican que papel puede desempeñar el profesional de enfermería ante un posible código ictus y que criterios de inclusión puede hacer saltar la alarma para poder atender rápidamente al código ictus.

La enfermera, como cualquier profesional sanitario, debe conocer qué criterios de inclusión son los que pueden valorar si el paciente es susceptible al código ictus o no. Antiguamente, había una edad clave 65 años, pero en este rango pocos pacientes podrían beneficiarse de este código ictus. Con lo cual aumentaron la edad para poder atender a más pacientes en este código ictus. Otro criterio de inclusión es que el paciente no tenga ninguna patología paliativa y que tenga

una esperanza de vida de más de 6 meses. El tiempo de evolución desde que sufre el ictus hasta la atención no debe ser mayor a 4, 5 horas.

La enfermera ante la llegada del código ictus estará esperando junto con los médicos y resto del equipo de urgencias al paciente. Se acostará al paciente y se acudirá rápidamente al escáner para detectar donde se encuentra el ictus y de qué tipo de ictus se trata.

La enfermera canalizará una vía periférica, iniciará la sueroterapia y por supuesto colocará el oxígeno y demás fármacos que pautó el médico que lo atenderá. Realizará una exploración neurológica a la vez que realiza todas las técnicas anteriores. También colocará las pegatinas para monitorizar al paciente y por supuesto también realizará un electrocardiograma para descartar otras patologías.

En la realización del escáner se podrá realizar una fibrinólisis o trombectomía, es decir, desobstruir la arteria o vena que está obstruida y está generando este ictus. Tras realizar este tratamiento se valorarán en unas horas las posibles lesiones o consecuencias que puede haber desencadenado el ictus.

La enfermera registrará todo lo realizado en el programa informático en los planes de cuidados de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que el conocido código ictus es algo que debe conocer todo el personal que trabaja en urgencias, ya que se considera urgencia vital. Cada segundo que pase es un riesgo para las secuelas en el paciente.

Enfermera en este Código desempeña un papel muy importante, puesto que es la persona que canaliza la vía para la posterior administración de fármacos. Monitorizará al paciente y valorará a este si ya presenta algún tipo de síntoma neurológico

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

6 Bibliografía

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

Capítulo 177

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

HELENA GARCIA MARTINEZ

LUCIA PANIAGUA MONTORO

ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ

INMACULADA MARTÍNEZ SAIZ

CARMEN LOZANO MARTÍNEZ

1 Introducción

El cuidado de un paciente politraumatizado ingresado es una tarea multidisciplinaria y crítica que involucra a médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud. Este paciente suele haber sufrido lesiones en múltiples áreas del cuerpo debido a un accidente o trauma grave.

Aquí se describen algunos aspectos clave en el manejo de un paciente politraumatizado ingresado:

- Evaluación primaria y estabilización:

El primer paso es realizar una evaluación primaria rápida para identificar y tratar las amenazas para la vida, como problemas respiratorios, hemorragias graves o trauma craneoencefálico. Se asegura la vía aérea, se controla la respiración y se estabiliza la circulación.

- Evaluación secundaria:

Luego se realiza una evaluación más detallada para identificar todas las lesiones. Esto incluye radiografías, escáneres y otros estudios de diagnóstico por imagen.

- Cuidados críticos:

Dependiendo de la gravedad de las lesiones, el paciente puede ser ingresado en una unidad de cuidados intensivos para una atención continua y monitoreo.

- Cirugía:

Algunos pacientes politraumatizados pueden requerir cirugía inmediata para abordar lesiones graves, como fracturas complejas o lesiones internas.

- Manejo del dolor:

El control del dolor es esencial en la recuperación del paciente y debe ser una prioridad en su atención.

- Rehabilitación:

Después de la fase aguda, se inicia la rehabilitación para ayudar al paciente a recuperar la funcionalidad y adaptarse a posibles discapacidades.

- Apoyo emocional:

Los pacientes politraumatizados pueden experimentar traumas físicos y emocionales significativos. Se brinda apoyo psicológico para ayudarlos a enfrentar estas dificultades.

2 Objetivos

- Dar a conocer las consecuencias de un politraumatismo a nivel físico.
- Averiguar las adecuadas actuaciones de enfermería en un politraumatismo.

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 politraumatismo es una causa significativa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, especialmente entre jóvenes y adultos jóvenes. Las principales causas de politraumatismos son accidentes de tráfico, caídas desde altura y actos violentos. Los accidentes de tráfico, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son los responsables de más de 1,3 millones de muertes al año a nivel mundial. La prevención es una parte crucial para reducir la prevalencia de este problema de salud pública.

Ante un caso de politraumatismo, la enfermera debe realizar una serie de acciones lo más rápido posible para poder saber el alcance de las lesiones y poder iniciar el tratamiento y la ayuda lo antes posible.

Algunas de estas acciones enfermeras son las siguientes:

- Valoración del paciente. Esta debe ser rápida y completa. Consiste en identificar y priorizar las lesiones más graves. Evaluar estado respiratorio, circulatorio y neurológico.
- Estabilización inicial, es una prioridad. Asegurar, siempre, que la vía aérea esté permeable. En caso de hemorragia, tratarla para prevenir un posible shock hipovolémico.
- Monitorización. Esto nos va a ayudar a tener controlado al paciente hemodinámicamente y, en caso de que haya cualquier cambio en su estado, poder tomar acciones rápidas.
- Administrar medicación.
- Manejo de fracturas. En caso de sospecha de fractura, enfermería debe inmovilizar adecuadamente la extremidad o las extremidades afectadas para evitar lesiones adicionales.
- Prevención de infecciones. Realizar siempre los procedimientos invasivos de la forma más aséptica posible.
- Cuando el paciente ya está valorado y estable, la enfermera se debe de enfocar en el apoyo emocional. Como citamos anteriormente, estas situaciones suelen ser bastante traumáticas a nivel psicológico para el paciente, por lo que necesitan un apoyo emocional adecuado para afrontar la situación.

Durante la atención a este tipo de pacientes, el trabajo en equipo es muy importante. El equipo multidisciplinario debe trabajar coordinadamente y con buena comunicación para poder brindar los cuidados necesarios y correctos al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los poli traumatismos son una de las urgencias más comunes en nuestro país. La mayoría son provocados por accidentes, más comúnmente, accidentes de tráfico. Cabe destacar que la atención de enfermería en casos de poli traumatismo requiere habilidades especializadas y entrenamiento adecuado. Su actuación es vital para el tratamiento y la recuperación del paciente. Los enfermeros deben estar preparados para responder de manera rápida y efectiva ante situaciones de emergencia, colaborar con otros profesionales y adaptarse a las necesidades cambiantes del paciente durante el proceso de atención.

Los pacientes politraumatizados tienen una recuperación lenta, que con paciencia y esfuerzo llegan a tener una calidad de vida bastante buena.

6 Bibliografía

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

Capítulo 178

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL TRIAJE DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ

LUCIA PANIAGUA MONTORO

HELENA GARCIA MARTINEZ

INMACULADA MARTÍNEZ SAIZ

CARMEN LOZANO MARTÍNEZ

1 Introducción

Un servicio de triaje hospitalario se define como una entidad médica que posibilita la organización de la atención en función de la disponibilidad de recursos y las necesidades individuales del paciente, lo que determina la prioridad del ritmo de atención.

Esto significa que hay diferentes colores para prescribir y priorizar la atención al paciente, y deben ser clasificados en la siguiente clasificación:

- Código rojo: El paciente está en peligro inmediato y requiere atención médica y de enfermería inmediata. Esto podría ser el resultado de una enfermedad grave como un ataque cardíaco, un derrame cerebral o un accidente. Este paciente será ingresado en la Unidad de Shock o Reperfusión. Equipado con todo lo necesario para este tipo de trabajos.

- Código amarillo: El estado del paciente no es peligroso y puede ser tratado dentro de las 24 horas siguientes a su llegada a urgencias si se encuentra estable. Los pacientes de esta categoría serán hospitalizados en las subdivisiones.
- Código Verde: El paciente puede esperar, en ocasiones la atención en urgencias puede tardar varias horas porque no se considera una enfermedad o lesión grave que requiera una atención más rápida, generalmente casos de gripe, gastroenteritis, etc. Este tipo de pacientes permanecen en la sala de espera y luego son ubicados en habitaciones contiguas.

2 Objetivos

- Describir en qué consiste el triaje como proceso y los criterios de clasificación a tener en cuenta para su correcto funcionamiento.
- Mostrar el papel que desempeña el profesional de enfermería durante el proceso de triaje y demostrar la importancia que tiene.

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, existen tres tipos diferentes de triaje:

- Triage estructurado: se realiza usando escalas que han de ser válidas, reproducibles y, sobre todo, relevantes.
- Triage avanzado: consiste en un triaje estructurado en el que se considera la opción, usando protocolos específicos, de llevar a cabo pruebas complementarias, como radiologías o analíticas.
- Triage multidisciplinar: en este caso el proceso de triaje se efectúa, como mínimo, mediante la colaboración entre un médico y una enfermera, aunque también puede involucrar a personal administrativo y auxiliar de salud. Durante este pro-

ceso, se llevará a cabo una valoración inicial, acompañada de otras pruebas básicas como analíticas o radiologías simples.

En cuanto a la clasificación de los pacientes, la clasificación más usada es la usada por el Colegio Americano de Cirujanos, dividiendo en cinco categorías el triaje en función de la prioridad que requiera la atención del paciente:

- Prioridad I (Triage Rojo): incluye a pacientes críticos con posibilidades de recuperación inmediata y que requieren atención urgente con los recursos disponibles.
- Prioridad II (Triage Amarillo): pacientes críticos, pero cuyo tratamiento puede ser pospuesto temporalmente sin poner en riesgo sus vidas.
- Prioridad III (Triage Negro): pacientes en estado pre-mortem o con lesiones tan graves que resultan irrecuperables, requiriendo atención de confort y cuidados paliativos.
- Prioridad IV (Triage Verde): pacientes con lesiones menores o no críticas, cuyo tratamiento puede aplazarse para una atención posterior.
- Prioridad V (Triage Blanco): se refiere a los cadáveres.

Algunos de dichos requisitos que debe poseer el profesional de enfermería en triaje son:

- Contar con conocimientos sobre la toma de decisiones, los cuales pueden adquirirse a través de cursos de formación específicamente diseñados para el servicio de urgencias y proporcionados por el propio hospital.
- Antes de asumir la responsabilidad de la jerarquización de necesidades o el triaje, es necesario acumular experiencia en Enfermería de Urgencias durante un período mínimo de 6 a 12 meses.
- Poseer capacidad de comunicación, esencial para que el proceso funcione de manera fluida y efectiva.
- Contar con habilidad para mantener la calma en situaciones de alta tensión y seguir tomando decisiones adecuadas es fundamental.
- Poseer habilidades de liderazgo y tener la capacidad de resolver problemas y sintetizar información de manera efectiva para desempeñar esta función.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se constata que el sistema de triaje del servicio de urgencias de los centros hospitalarios es una herramienta de gran utilidad que permite al equipo médico clasificar a los pacientes según la gravedad de su

patología, con el fin de proporcionar una atención sanitaria adecuada, rápida y eficaz.

Este proceso es siempre realizado por el equipo médico en colaboración con el diplomado/a de enfermería, ya que es el profesional más apto para el desempeño de esta labor, debido a sus múltiples conocimientos y habilidades, por ello se considera un eslabón fundamental de la cadena en este servicio de triaje.

6 Bibliografía

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

Capítulo 179

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL INTENTO DE SUICIDIO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL

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 el intento de suicidio de los pacientes de salud mental.

En los últimos años, hemos experimentado un importante crecimiento en nuestros servicios de vigilancia. Estos incluyen kits de emergencia. Servicios de salud mental integrados como parte de la atención general de emergencia para abordar:

Los problemas de salud mental son cada vez más necesarios. Históricamente, el "suicidio" se define como otro síntoma de la enfermedad. La psiquiatría a lo largo de la historia y a medida que se profundiza

El estudio encontró que los suicidios consumados eran parte de un "experimento de suicidio".

El término "proceso suicida" tiene un significado más amplio, ya que también incluye las acciones físicas, los pensamientos y los comportamientos que conducen al suicidio. Este proceso incluye conceptos de pensamientos automáticos, autolesiones y suicidio. El pensamiento autónomo se refiere a una presencia persistente en el sujeto de ideación suicida o ideación suicida. El suicidio, por su parte, se define como toda muerte que se produce directa o indirectamente como resultado positivo o negativo de las propias acciones de la víctima, sabiendo que debe lograr ese resultado.

2 Objetivos

- Analizar y explicar las características clínicas asociadas al paciente que acude al servicio de urgencias por tentativa autolítica 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

Aunque se considera un grave problema de salud pública y se están implementando políticas y planes estratégicos, es poco probable que este número disminuya como se esperaba originalmente, pero la investigación y los expertos en salud creen que estas condiciones y crear protocolos de atención específicos.

Cuando un paciente con diagnóstico de ideación suicida es ingresado en planta, siempre se debe realizar una evaluación psiquiátrica antes de que este paciente presente una condición orgánica estable y debe ser tratado por un especialista,

incluyendo, por ejemplo, un período de control de síntomas por intoxicación o abstinencia.

Es importante distinguir si el paciente tiene pensamientos con antecedentes de psicosis, o está en el contexto de consumo de drogas, o si el paciente está en riesgo. En este último caso, las imágenes que promuevan la ideación suicida deben ser abordadas para su posterior reevaluación. Si la persona sigue teniendo pensamientos suicidas después de haber sido afectada por los venenos anteriores, se le llama primer caso.

Una vez que la condición del paciente se estabiliza, se realiza una evaluación adicional y, si es necesario, se determina la idoneidad del tratamiento y se da de alta al paciente del hospital. . Otro escenario relacionado con la hospitalización se basa en la fuerza de las intenciones autodestructivas, el autocontrol y el apoyo familiar y social del que dispone el paciente. En este caso, se registra un informe de alta de emergencia en el historial médico del paciente y se deriva al paciente al departamento de hospitalización psiquiátrica. Por las características de este grupo de pacientes, suelen rechazar determinados procedimientos considerados necesarios por los médicos de urgencias, solicitar el alta voluntaria antes de finalizar el tratamiento y velar siempre por la autonomía y seguridad del paciente. El tribunal de control respectivo intervendrá en caso de ser necesario.

Por ejemplo, negarse a proporcionar ingresos que el profesional considere necesarios. Los intentos de suicidio, al igual que el suicidio, no se dan por casualidad, sino que están condicionados por muchos factores de riesgo y otros factores que protegen frente a ellos. Por esta razón, la OMS ofrece una gama de medidas para reducir el riesgo de estos comportamientos, que incluyen:

- Restringir el acceso a vehículos suicidas (pesticidas, armas, algunas drogas, etc.).
- Responsable de la información de las agencias de medios.
- Intervención escolar. - Introducir políticas para reducir los efectos nocivos del consumo de alcohol. Y prevenir el consumo de otras sustancias nocivas. Detección precoz, tratamiento y apoyo a personas con problemas de salud mental y adicciones, dolor crónico y trastornos emocionales agudos.
- Formación del personal sanitario no profesional en la evaluación y tratamiento de la conducta suicida.
- Velar por la atención de las personas con pensamientos suicidas y apoyar a la comunidad.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se destaca la importancia del papel del personal de enfermería como profesional que se encarga del cuidado de personas que sufren alguna enfermedad o dolencia y que tienen afectadas su vida a nivel de salud.

Para concluir, decir que el personal de enfermería es una figura muy importante dentro del ámbito sanitario, ya que proporciona muchos cuidados día tras día en los centros hospitalarios donde desempeña sus labores, estando pendiente del estado de salud de cada paciente.

Las ideaciones suicidas son una de las urgencias psiquiátricas más frecuentes, pero los intentos de suicidio, cuando requieren de atención médica, suponen un problema para los servicios públicos de salud, ya que a priori son abordados por personal que no está específicamente formado en salud mental, sino en urgencias intra y extrahospitalarias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 180

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA

MARÍA MORA CORRAL

LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN

BEATRIZ BEAMUD MOLINA

CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO

JULIA GARRIDO PÉREZ

1 Introducción

El trasplante de médula ósea constituye una terapia indicada en diversas patologías oncológicas. Este tratamiento aumenta la supervivencia y la calidad de vida de aquellos pacientes sometidos a este.

Se trata de una terapia que tiene como objetivos principales la sustitución de la médula ósea no funcional, por una sana y perfectamente funcional; y la eliminación de una población celular no viable, de naturaleza displásica o neoplásica. El trasplante de los progenitores hematopoyéticos consiste en una reinfusión de células madre que son destruidas tras la administración de altas dosis de quimioterapia y radioterapia, de forma que las funciones hematopoyéticas sean recuperadas. Su indicación se presenta en enfermedades hematológicas, en ciertos tipos de tumores sólidos y en enfermedades hereditarias y autoinmunes.

Existen diversas variantes de trasplantes de médula ósea, los cuales se clasifican en dos tipos principales: el trasplante alogénico y el trasplante autólogo de médula ósea.

El trasplante autólogo de médula consiste en una variante de trasplante en la cual las células hematopoyéticas proceden del mismo receptor. Tiene como ventajas frente a la otra variante de trasplante autólogo la facilidad de identificación y hallazgo del donante (el mismo receptor), la total compatibilidad del tejido donante-receptor, la mayor tolerancia a la quimioterapia de acondicionamiento (tratamiento previo al trasplante) y la posibilidad de realizar dicha terapia sobre personas de edad avanzada. Entre las desventajas halladas se encuentra la falta de tolerancia del tejido trasplantado en la enfermedad autoinmune.

El procedimiento se divide en dos fases principales. La primera consiste en, que, en una situación de hospitalización, se extraen y almacenan las células madre del paciente a través de la criopreservación, y, seguidamente se realiza la terapia de acondicionamiento ya mencionada, para destruir las células neoplásicas o patológicas remanentes; para preparar la médula del paciente de forma que las nuevas células (ya extraídas) sean implantadas con éxito posteriormente. Seguidamente, se realiza el injerto; y el paciente entra en la siguiente fase del proceso, la cual consiste en un proceso de recuperación principalmente inmunológica, en el que deberá recibir la atención y los cuidados oportunos durante alrededor de 3 a 6 meses.

En este proceso participa un equipo multidisciplinario, cuya intervención y sincronización es vital para una adecuada recuperación del paciente.

De esta forma, el papel del profesional de enfermería es sumamente importante, teniendo como rol fundamental actividades de apoyo y cuidado de pacientes.

Asimismo, cabe destacar que el rol de la enfermera en el proceso de peritrasplante. En el inicio, la valoración previa al proceso del paciente, así como en las fases posteriores; así como la realización de cuidados que en todo momento puede requerir el paciente es fundamental. De esta forma, se podrán prevenir, identificar y tratar los diferentes efectos adversos que el proceso terapéutico puede conllevar, controlando los signos y síntomas; promoviendo, además, el autocuidado de dichos pacientes, en función de las circunstancias de este.

Para ello, han sido establecidas diferentes protocolos que recogen las actividades y los cuidados de enfermería oportunos, que tienen lugar durante todo el proceso de trasplante de médula ósea: desde el ingreso al alta de la unidad. Estas actividades serán realizadas a través del establecimiento previo de un plan de cuidados personalizado sobre el paciente, conociendo las posibles necesidades que este pueda requerir en función de las complicaciones típicas que tienen lu-

gar en dichos trasplantes.

2 Objetivos

- Describir en qué consiste trasplante autólogo de médula ósea.
- Conocer las complicaciones relacionadas con el proceso.
- Describir qué actuaciones serán llevadas a cabo entre los profesionales de enfermería, en función de la aparición de los diferentes escenarios; describiendo, qué cuidados requiere el paciente trasplantado.
- Establecer un juicio clínico que resuelva potenciales problemas reales y de riesgo, de acuerdo con las taxonomías de cuidados de enfermería.
- Identificar las técnicas de enfermería que deberán llevarse a cabo para restablecer los patrones funcionales alterados.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica para la cual, se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica por diferentes bases de datos, entre las que se encuentra Pubmed, Cuiden 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: “bone marrow cell transplantation” y “nursing care”, 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 con una edad de ≥ 18 ; y, se escogieron revisiones bibliográficas, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos. Como criterio de exclusión se estableció la eliminación de aquellos artículos que trataban el trasplante alogénico de médula ósea, y aquellos 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 fue de 6 artículos.

QUÉ ES EL TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA

En el trasplante de médula ósea autólogo, la médula ósea se extrae del propio paciente y es criopreservada; es decir, el paciente receptor es el propio donante del tejido, para posteriormente infundir las células madre con capacidad hematopoyética al paciente, tras haber suministrado quimio y/o radioterapia, entre la fase de extracción y la fase de trasplante.

De esta forma, el paciente atravesará varias fases:

1. Selección del paciente: debido a que no todos los pacientes son candidatos a este tipo de tratamiento. Factores como la enfermedad, su estadio, la edad y el estado general del paciente serán tenidos en consideración
2. Estimulación medular: una sustancia denominada G-CSF, capaz de aumentar el número de células progenitoras en la médula para su posterior liberación al torrente sanguíneo, será administrada vía subcutánea.
3. Aféresis: recolecta células madre de la sangre periférica mediante una máquina conectada al paciente mediante dos vías periféricas distintas; o, en caso de difícil acceso, a través de una vía central de tipo Hickman (previamente insertado). La sangre circulará a través de dicha máquina y atravesará un separador que aísla las células hematopoyéticas del resto de la sangre, de forma que estas son depositadas en una bolsa. El resto regresará al organismo del paciente. Este proceso tiene una duración de 4 horas por sesión, y será dividido en una o dos sesiones.
4. Criopreservación: las células recolectadas serán congeladas junto con aditivos conservantes, alcanzando una temperatura de, entre -80°C y -186°C .
5. Acondicionamiento: se administrará quimioterapia, con o sin radioterapia. De esta forma, las células no viables serán destruidas. El paciente, previamente ingresará a una zona de aislamiento inverso, pues la capacidad inmunológica se verá reducida.
6. Infusión de las células madre: se realizará el día posterior al acondicionamiento. El paciente será monitorizado, y le serán infundidas las células madre. Como efectos secundarios podrán aparecer vómitos, náuseas, dolor torácico, dificultad respiratoria, taquicardia, escalofríos, fiebre, cefalea y variaciones en la presión arterial
7. Proceso de recuperación hematológica e inmunológica: tendrá lugar desde la infusión de las células madre hasta que el paciente alcanza valores clínicos sanguíneos pertinentes y adquiere un adecuado estado físico.

En todo este proceso la enfermera se ve involucrada en un cuidado integral del paciente. Debido a las posibles complicaciones que tienen lugar en todo este proceso. Entre las complicaciones hallamos varios tipos:

- Infecciones: debido a la inmunosupresión.
- Hematológicas: manifestaciones de sangrado ante trombocitopenia, como pete-

quias, epixtasis y equimosis; así como anemia o leucopenia.

- Musculo-esqueléticas: dolor muscular e inflamación
- Inflamación de la mucosa oral (mucositis), dando lugar a inapetencia, náuseas...
- Nutricionales: la desnutrición y la hipoalbuminemia, que surgen de las lesiones en la mucosa oral.
- Hidroelectrolíticas: ante la escasez de ingestas, los vómitos o la diarrea
- Alteraciones renales y hepáticas
- Desórdenes dermatológicos
- Rechazo del trasplante: poco común.

Asimismo, la vida del paciente y la dinámica de su entorno social se pueden ver alteradas de forma brusca, de modo que se deberán adaptar a las indicaciones que los profesionales le ofrecen; así, el personal de enfermería deberá encargarse del manejo de la capacitación del paciente, además del cuidador de este, atendiendo a estos tanto física, como emocionalmente

Para atender a un paciente sometido a trasplante autólogo de médula ósea, los profesionales de enfermería deben tener información acerca de su patología de base y tratamiento.

La finalidad de los profesionales de enfermería es proporcionar una serie de cuidados integrales al paciente, a través de un plan de cuidados que se base en la valoración de este; y para la cual se empleará la metodología del establecimiento de un plan de cuidados estandarizado, que servirá de guía para todo el personal de enfermería implicado, unificando así criterios de actuación, y el cual estará basado en la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) , (NIC Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification) .

Se recogerá, a través de la entrevista personal y de la anamnesis y exploración del paciente los siguientes datos, siguiendo el marco conceptual de las Necesidades de Virginia Henderson, durante todo el proceso, desde la preparación previa al trasplante, hasta la completa recuperación:

Necesidad de respirar:

- Frecuencia y ritmo
- Amplitud respiratoria
- Ruidos respiratorios
- Habitualmente respira por la nariz o no.
- Piel y mucosas.

Necesidad de nutrición e hidratación:

- Ingesta habitual
- Líquidos ingeridos.

- Dieta habitual
- Alergias alimentarias
- Dependencia para la alimentación

Necesidad de eliminación:

- Patrón intestinal
- Características
- Dependencia en la eliminación
- Patrón urinario
- Características
- Drenajes y ostomías
- Dependencia en la eliminación
- Sudoración excesiva

Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

- Deambulación:
- Movilidad en la cama: sin ayuda.
- Ayuda para levantarse: no.
- Actualmente no está encamado.

Necesidad de descanso y sueño:

- Horas diarias de sueño
- Calidad del sueño
- Fármacos

Necesidad de vestirse y desvestirse:

- Dependencia
- Aspecto físico

Necesidad de termorregulación:

- Temperatura corporal
- Temperatura cutánea y en extremidades
- Adaptación a los cambios de temperatura

Necesidad de higiene e integridad de la piel:

- Estado de la piel
- Higiene
- Dependiente.
- Úlceras.
- Catéteres portados: Hickman

Necesidad de evitar peligros:

- Nivel de conciencia
- Dolor
- Dificultad de visión

- Dificultad auditiva
- Riesgo de lesión
- Riesgo de autolesión
- Aislamiento: sí, inverso estricto.

Necesidad de comunicarse:

- Dificultad para la comunicación
- Déficit sensorial
- Con quien vive
- Se prevé problemas al alta

Necesidad de actuar según sus creencias y valores:

- Creencia religiosa

Necesidades de ocuparse y realizarse:

- Trabajo

Necesidad de distraerse

- Ejercicio físico
- Actividades recreativas

Necesidad de aprender:

- Precisa de información al ingreso
- Precisa educación sanitaria ante su estado de salud: sí

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL INGRESO EN PLANTA DE HEMATOLOGÍA:

Se comprobará la identidad del paciente, y se le explicará el proceso y los procedimientos a realizar.

- Constantes vitales: Tension Arterial, Frecuencia cardiaca, Saturacion oxigeno, Frecuencia respiratoria, Temperatura.
- Comprobar catéter venoso central; funcionabilidad y permeabilidad
- Establecer aislamiento inverso estricto
- Control de diuresis con balance hídrico, peso diario y dieta líquida.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS EL INICIO DEL PROCESO DE TRASPLANTE.

De foma que pueden aparecer diversos problemas relacionados con el trasplante (ya mencionados), para la cual se desarrollarán una serie de intervenciones:

DESEQUILIBRIO DE LA NUTRICIÓN POR DEFECTO

A) Monitorización Nutricional (1160): Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.

Actividades

-Pesar al paciente en los intervalos establecidos.

-Comprobar niveles de linfocitos y electrolitos.

-Realizar consulta dietética, si requiere.

B) Ayuda con los autocuidados: alimentación (1803): Ayuda a otra persona a comer.

Actividades

-Controlar la capacidad de deglutir del paciente.

-Colocar al paciente en una posición cómoda.

-Suministrar alimentos a temperatura más apetitosa.

C) Estado nutricional: ingestión de nutrientes (1009): Ingestión de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

D) Manejo de electrolitos (2000): Fomento del equilibrio de electrolitos y prevención de complicaciones derivadas de niveles de electrolitos en suero anormales o indeseados.

Actividades

-Disponer una dieta adecuada para el desequilibrio de electrolitos del paciente.

-Observar si se producen pérdidas de líquidos ricos en electrolitos.

-Instruir al paciente y a la familia sobre modificaciones dietéticas especiales, si procede

E) Terapia Nutricional (1120): Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente que está malnutrido o con riesgo de malnutrición.

Actividades

-Completar una valoración nutricional.

-Determinar las preferencias de comidas del paciente considerando las preferencias culturales y religiosas.

-Estructurar el ambiente para crear una atmósfera agradable y relajante.

NÁUSEAS Y/O VÓMITOS

A) Manejo de las náuseas (1450): Prevención y alivio de las náuseas.

Actividades

- Observar el aprendizaje de estrategias para controlar las náuseas.

- Conseguir un historial dietético donde consten los alimentos que más agradan a la persona, los que no le gustan y las preferencias culturales.

- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas.

B) Manejo de la medicación (2380): Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre disposición.

Actividades

- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médico y/o el protocolo.

- Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.

- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.

C) Manejo de líquidos / electrolitos (2080): Regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y/o electrolitos alterados.

Actividades

- Observar si los niveles de electrolitos en suero son normales, si existe disponibilidad.

- Pesar a diario y valorar la evolución

- Administrar líquidos, si está indicado.

D) Manejo del vómito (1570):

Actividades

- Valorar color, consistencia, presencia de sangre.

- Controlar los factores ambientales que pueden evocar el vómito como malos olores, ruidos, estimulación visual desagradable

- Colocar al paciente en forma adecuada para prevenir la aspiración.

MUCOSITIS: DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL.

A) Restablecimiento de la salud bucal (1730): Fomento de la curación de un paciente que tiene una lesión dental o de la mucosa bucal.

- Controlar los cambios del gusto, la deglución, la calidad de la voz y la comodidad.

- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, según sea necesario.

- Animar a los pacientes a aumentar la ingesta de agua

- . -Aplicar anestésicos tópicos, pastas de protección bucal o analgésicos sistémicos si el paciente así lo requiere.

- Vigilar labios, lengua, y encías para determinar humedad, color, presencia de restos o infección

- Explicar que realice lavados con suero salino en la cavidad oral con frecuencia.

- La higiene dental se la hace con un dentífrico no irritante y cerdas del cepillo blandas.

- Se realizarán enjuagues anestésicos orales con el fármaco pautado.

- Beber agua a pequeños sorbos durante todo el día

- Administrar vaselina en los labios ante la presencia de lesiones.

- Dieta líquida/blanda, con alimentos fríos, evitar alimentos y bebidas calientes.

- Pesar diariamente al paciente y realizar balance hídrico.

DOLOR

A) Manejo del dolor (1400): Establecer y modificar las medidas de control del dolor en función de las respuestas del paciente. Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos adecuados.

B) Administración de Analgésicos (2210).

Actividades

- Comprobar las prescripciones médicas referentes al tratamiento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos y realizar aquellas acciones que minimicen los efectos de los analgésicos (estreñimiento, irritación gástrica...).

HIPERTERMIA

A) Tratamiento de la fiebre (3740).

Actividades.

- Administrar la medicación antipirética pautada.
 - Registrar la temperatura en respuesta al antitérmico, así como y cualquier efecto adverso producido.
 - Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- B) Regulación de la temperatura (3743).
- Controlar presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, si procede.
 - Observar el color y temperatura de la piel
 - Ajustar la temperatura ambiental a los requerimientos del paciente.

RIESGO DE INFECCIÓN

A) Protección contra las infecciones (6550): Enseñar el lavado de manos al personal de cuidado. Observar signos y síntomas de infección y obtener muestras para recogida de cultivo si precisa.

B) Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (2240).

- Mantener las normas de asepsia.
- Se asignará una habitación individual, limitando las visitas
- Educar en las medidas de asepsia.
- Educación en medidas de autocuidado: signos y síntomas de infección, cuidados de la piel, de la cavidad oral, etc.
- Lavado de manos previo y posterior a cada actividad de cuidados.
- Inspeccionar el sitio de incisión en vía central inspeccionando signos de eritema, inflamación u otros signos y síntomas de infección.
- Garantizar una manipulación aséptica de la vía y administrar medicación con la técnica adecuada.
- Realizar cura y cambio de equipos según el protocolo de la planta.

RIESGO DE HEMORRAGÍA

A) Precauciones con hemorragias (4010).

Actividades

- Controlar signos vitales.
 - Observar si hay signos y síntomas de hemorragias persistente y proteger al paciente de traumas que puedan ocasionar hemorragias.
- B) Administración de productos sanguíneos (4030).
- Verificar que el producto sanguíneo ha sido preparado para el perceptor.
 - Controlar los signos vitales y observar si hay reacciones a la transfusión.

DIARREA

Intervenciones

A) Manejo de la diarrea (0460).

- Registrar color, cantidad, frecuencia y consistencia de deposiciones.
- Ordenar al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que se produzca.
- Evaluar la ingesta para ver el contenido nutricional.

FATIGA

A) Manejo de la energía (0180): Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

Actividades

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
- Determinar las limitaciones físicas del paciente
- Evitar realizar actividades de cuidados durante los periodos de descanso.

BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

A) Potenciación de la autoestima (5400): Ayudar a un paciente a que mejore el juicio de su autovalía

Actividades

- Abstenerse de realizar críticas negativas.
 - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
 - Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.
 - Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios
 - Reforzar las virtudes personales que identifiquen al paciente y Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- B) Apoyo emocional (5270). Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades

- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias y realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.

TEMOR

A) Aumentar el afrontamiento (5230): Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

- Disponer un ambiente de aceptación.
 - Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- B) Apoyo emocional (5270). Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
 - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
 - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

CUIDADOS AL ALTA:

Tras la recuperación del trasplante autólogo de médula ósea, al paciente se le concederá el alta hospitalaria.

En esta situación se le indicarán una serie de cuidados que deberán tener lugar durante, aproximadamente 6 meses, en los cuales el sistema inmune se encontrará aún debilitado:

- La dieta deberá ser variada y equilibrada, con un aporte calórico y proteico. No se empleará verdura cruda. La fruta deberá consumirse lavada adecuadamente y pelada.
- Ducharse cada día.
- Secado sin frotar y aplicarse cremas hidratantes, asegurando un adecuado mantenimiento de la integridad de la piel.
- Educación en el lavado de manos.
- Evitar contacto con personas infectadas por cualquier patógeno, aglomeraciones y animales.
- Utilizar mascarilla con válvula tipo FFP3 cuando acuda al hospital para las posteriores revisiones.

- No realizar actividades de riesgo los niveles plaquetas reducidos.
- Ejercitarse con una intensidad reducida e ir incrementando de forma paulatina esta, en función de la evolución.
- No tomar el sol, ponerse crema protectora, gorra o crema de pantalla total en la cabeza.
- Acudir al servicio de urgencias, en caso de fiebre.

5 Discusión-Conclusión

El trasplante de médula ósea autólogo reúne una serie de procesos en los que participa un equipo multidisciplinario, en el cual la sincronización e intervención es crucial para el éxito del tratamiento y la adecuada recuperación del paciente. De esta forma el papel de la enfermería es vital, asegurando el apoyo y los cuidados de los pacientes trasplantados.

Los pacientes que se someten a un trasplante autólogo de médula ósea requieren de una serie de cuidados estrictos, que deberán aplicarse siguiendo un plan de cuidados de enfermería individualizado y protocolizado, consiguiendo emplear unos cuidados de enfermería unificados entre los profesionales, y basados en criterios como el estado y las necesidades del paciente.

De este modo, se conseguirá una adecuada recuperación, así como se asegurará el éxito del trasplante de médula.

Por ello, a través del conocimiento del proceso de trasplante de médula ósea autóloga, así como de sus implicaciones; el personal de enfermería podrá anticiparse ante los posibles escenarios que puedan encadenarse, así como establecer un plan de cuidados adecuado, que le permita desempeñar su trabajo de forma eficaz y basada en la evidencia, garantizando la calidad asistencial durante todo el proceso.

6 Bibliografía

1. Marques ADCB, Szczepanik AP, Machado CAM, Santos PND, Guimarães PRB, Kalinke LP. Hematopoietic stem cell transplantation and quality of life during the first year of treatment. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018 Oct 25;26:e3065. doi: 10.1590/1518-8345.2474.3065. PMID: 30379249; PMCID: PMC6206822.
2. Holmes W. Preparing the patient for bone marrow transplantation: nursing care issues. *Yale J Biol Med*. 1990 Sep-Oct;63(5):487-94. PMID: 2293507; PMCID: PMC2589372.

3. María del Rocío Calero Romero, Ana Isabel Jiménez Álvarez, Inmaculada de Pablos Mateos. Cuidados de enfermería tras el trasplante autólogo de médula ósea Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, ISSN 0214-0128, N°. 100, 2012, págs. 38-44
4. Beatriz Vistué Tornil, Sara Unzueta Joven. Trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos domiciliario. Revista Sanitaria de Investigación, ISSN-e 2660-7085, Vol. 2, N°. 11 (noviembre), 2021
5. Cabañas Alite, Luis; Soriano del Castillo, José Miguel ; Merino-Torres, Juan Francisco ; Catalá-Gregori, Ana Isabel; Sanz Caballer, Jaime ; Piñana, José Luis. Cambios en el estado nutricional, composición corporal y sintomatología asociada en pacientes hospitalizados sometidos a trasplante de médula ósea. Revista española de nutrición humana y dietética, ISSN 2173-1292, Vol. 25, N°. 2, 2021 (Ejemplar dedicado a: Spanish Journal of Human Nutrition and Dietetics), págs. 154-164. DOI: 10.14306/renhyd.25.2.1098
6. María Isabel Cruz Abad ; María Garza Castillón ; Bernardo Emerson Buil Tisner ; Pilar Ballesteros Magaña ; Silvia Margolles Gareta ; Ricardo Rojo Sainz. Proceso de atención de enfermería en un linfoma no Hodgkin. Revista Sanitaria de Investigación, ISSN-e 2660-7085, Vol. 3, N°. 5, 2022
7. Diaz B, Corbett A, Camiling-Burke A. Blood and Marrow Transplantation RN Fellowship: Design, Outcomes, and Facilitating Transition to Practice. Clin J Oncol Nurs. 2018 Dec 1;22(6):673-675. doi: 10.1188/18.CJON.673-675. PMID: 30452008.
8. Barron AM, Moran J, Nina SS, Harlow J, Gyawali M, Hossain F, Brezina M, Callahan C, Curran J, Danielson C, Fitzgerald E, Foster J, Erhardt E, Shaughnessy C, Yeh AC, Dey BR. Building Specialized Nursing Practice Capacity in Bangladesh: An Educational Program to Prepare Nurses to Care for Oncology and Bone Marrow Transplant Patients in Dhaka, Bangladesh. J Glob Oncol. 2018 Sep;4:1-6. doi: 10.1200/JGO.2016.006486. Epub 2016 Dec 21. PMID: 30222084; PMCID: PMC6223378.
9. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
10. Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación Madrid: Elsevier; 2010.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

Capítulo 181

APOYAR EN LA ALIMENTACIÓN A LAS PERSONAS QUE TIENEN DIFICULTADES PARA COMER Y BEBER

JONATHAN ALONSO FERNANDEZ

1 Introducción

Comer y beber son esenciales para el mantenimiento de la nutrición y la hidratación, pero también son importantes para el placer y las interacciones sociales. La capacidad de comer y beber depende de un sistema complejo y coordinado, lo que resulta en un potencial significativo para que las cosas salgan mal.

Las decisiones sobre nutrición e hidratación y cuándo comenzar, continuar o detener el tratamiento son algunas de las más difíciles de tomar en la práctica médica.

En las últimas 2 décadas, hemos visto un cambio dramático en las poblaciones de pacientes en nuestros hospitales, con un grupo demográfico de mayor edad que tiene múltiples afecciones a largo plazo cada vez más complejas, incluidas enfermedades cerebrovasculares, enfermedades neurológicas degenerativas y fragilidad [1].

Las dificultades para comer y beber son comunes en estas poblaciones y los desafíos que presentan para todos los interesados son considerables. Además de la pérdida de peso y la deshidratación, los problemas con la alimentación y la

bebida pueden estar asociados con complicaciones físicas muy graves, como obstrucción laríngea episódica, aspiración en la tráquea y los bronquios, infección pulmonar secundaria y bronquiectasias [2].

La angustia (para el paciente y la familia) de episodios de tos y asfixia a la hora de las comidas y la interrupción resultante de la rutina doméstica, el aislamiento social y el miedo a comer y beber pueden tener un profundo efecto en la confianza y el bienestar del paciente y su familia, y pueden ser una fuente importante de ansiedad y angustia.

2 Objetivos

- Describir lo que constituye la mejor práctica para el mantenimiento de la nutrición y la hidratación para con el paciente y su familia.
- Identificar el asesoramiento dietético centrándose en el mejor interés del paciente.

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: " dificultades para comer y beber", " modificación de la dieta", " nutrición e hidratación clínicamente asistidas " y "atención al final de la vida".

Se identificaron todos los artículos que analizaban la alimentación a las personas que tienen dificultades para comer y beber.

Solo se consideraron los artículos publicados en español e inglés. Se obtienen 78 referencias, de las que se consideran actualizadas e interesantes para el presente trabajo un total de 7.

4 Resultados

Múltiples factores determinan nuestra capacidad para comer y beber con éxito, incluidas las fases preparatorias preorales y orales, el acto de tragar, la protección de las vías respiratorias, cualquier enfermedad subyacente y el entorno de cuidado. Estos determinantes clave resaltan la complejidad y vulnerabilidad de la

nutrición e hidratación oral [3]. El deterioro en cualquiera de estas áreas afectará la capacidad de una persona para comer y beber.

Comer y beber no son simplemente esenciales para mantener la nutrición y la hidratación. Son importantes para el placer y las interacciones sociales; La comida, las bebidas y las comidas son una forma en que nos conectamos con los demás y, a menudo, pueden ser una expresión de nuestra identidad cultural.

Por lo tanto, es importante hacer todo lo posible para mantener y apoyar estas actividades. La provisión de apoyo nutricional oral (que puede incluir el enriquecimiento de los alimentos, el uso de bebidas nutritivas y suplementos nutricionales orales) debe ser el método preferido de elección para cualquier paciente con una ingesta inadecuada de alimentos y líquidos para cumplir con los requisitos, a menos que no pueda tragar de manera segura, tenga una función gastrointestinal inadecuada o si no se anticipa ningún beneficio, por ejemplo, en los últimos días de atención al final de la vida [4].

Las estrategias efectivas para apoyar la alimentación y la bebida para optimizar la ingesta nutricional implican un equipo multidisciplinario que trabaje junto con una buena comunicación con los pacientes, familiares y cuidadores. Los objetivos del apoyo nutricional oral deben tener en cuenta la etapa de la enfermedad y el pronóstico. El asesoramiento dietético debe adaptarse para garantizar que siga siendo un beneficio, no una carga [5].

A los pacientes y a sus cuidadores se les debe ofrecer asesoramiento sobre cómo manejar dificultades específicas con la alimentación y la bebida, tal vez debido a efectos secundarios o síntomas asociados con una enfermedad o su tratamiento. Es importante considerar las necesidades sociales, físicas, psicológicas, clínicas y culturales del paciente, así como sus creencias religiosas.

5 Discusión-Conclusión

Todos los pacientes que requieren apoyo nutricional e hidratación deben recibir atención coordinada de un equipo multidisciplinario.

Se debe apoyar a los pacientes para que continúen comiendo y bebiendo por vía oral, a menos que no puedan tragar de forma segura, tengan una función gastrointestinal inadecuada o si no se anticipa ningún beneficio. La Nutrición e hidratación clínicamente asistidas debe considerarse para las personas que están en riesgo de desnutrición y tienen una ingesta oral inadecuada o insegura. Sin

embargo, la colocación de gastrostomía es invasiva con morbilidad y mortalidad significativas, particularmente en personas mayores y aquellas con enfermedad debilitante [6]. No se recomienda en personas con demencia avanzada.

Los beneficios de cualquier intervención deben superar los riesgos. Los riesgos frente a los beneficios deben estar claramente documentados y los objetivos del tratamiento articulados.

Si comenzar, continuar o retirar la nutrición y la hidratación hacia el final de la vida sigue siendo un tema difícil y polémico. El paciente siempre debe estar en el centro de la toma de decisiones y el curso de acción o inacción debe ser el resultado de una consideración cuidadosa y medida y de lo que se cree que es lo mejor para el paciente individual [7].

6 Bibliografía

- 1.- Baldwin C, Weekes CE. Asesoramiento dietético con o sin suplementos nutricionales orales en el tratamiento de pacientes desnutridos: una revisión sistemática y metanálisis de ensayos controlados aleatorios. *J Hum Nutr Dieta* 2012; 25:411–26.
- 2.- Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, et al. Directrices de ESPEN sobre nutrición en la demencia. *Clin Nutr* 2015; 34; 1052–73.
- 3.- Sanders DS, Carter MJ, D'Silva J, et al. Análisis de supervivencia en la alimentación con gastrostomía endoscópica percutánea: un peor resultado en pacientes con demencia. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:1472–5.
- 4.- Brody H, Campbell ML, Faber-Langendden K, Ogle KS. Retirar el tratamiento intensivo de soporte vital: recomendaciones para un manejo clínico compasivo. *New Engl J Med* 1997; 336:652–57.
- 5.- Aintree University Hospitals NHS Foundation Trust v James [2013]UKSC 67, apartados 20 y 22.
- 6.- Westaby D, Young A, O'Toole P, Smith G, Sanders DS. Directrices. La prestación de un servicio de alimentación por sonda enteral colocado percutáneamente. *Gut* 2010; 59:1592–1605.
- 7.- James A, Kapur K, Hawthorne AB. Resultado a largo plazo de la alimentación con gastrostomía endoscópica percutánea en pacientes con accidente cerebrovas-

cular disfágico. Envejecimiento de la edad 1998; 27:671–6.

Capítulo 182

TÉCNICAS DE GIRO Y MANEJO DEL ENFERMO POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

JOANA GONZALEZ ALVAREZ

MARÍA ISABEL CASTRO RUBIO

1 Introducción

En el manejo y manipulación del enfermo en determinados movimientos, tanto el personal sanitario como no sanitario colaboran conjuntamente, especialmente los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y los Celadores, consiguiendo con ello una manipulación más segura ante los movimientos, tanto para el personal sanitario como para el enfermo.

En dicha manipulación nos podemos encontrar con distintos tipos de movimientos a realizar a los enfermos. Dependiendo de las características y del tipo de desplazamiento a ejecutar, los movimientos más destacados son:

- Giros y vueltas: son los movimientos más importantes a realizar junto con los enderezamientos, los levantamientos, las posturas a realizar para sentar al paciente, las elevaciones en grúa y por supuesto los traslados del paciente.

Por otra parte es muy importante saber que a la hora de realizar éstas técnicas de manipulación se debe de tener también en cuenta el tipo de maniobra que se va a realizar dependiendo del tipo de enfermo.

A continuación se describen los tipos de enfermos con los que nos podemos encontrar:

- Enfermo que no colabora: Cuando el enfermo debido a la patología que padece no puede colaborar con el profesional sanitario.
- Enfermo que si colabora: Cuando el enfermo puede ayudar y colabora en la realización de los movimientos.

Debido a que en general las técnicas de giro del paciente es de las más importantes a realizar, en éste capítulo se hará especial hincapié en dicha técnica. En general se describe el giro como un cambio en la posición del paciente de derecha a izquierda o bien al contrario para situarlo lateralmente, lo que facilita el aseo y los cambios posturales del enfermo.

2 Objetivos

- Describir lo más detalladamente posible la técnica de giro del enfermo a realizar por uno o más profesionales tanto sanitarios como no sanitarios y teniendo en cuenta si el enfermo es colaborador o no colaborador.

3 Metodología

Se ha realizado una investigación consultando en distintas páginas Web en las que se han buscado términos como: movimientos a realizar al enfermo, cambios posturales, giros y manipulación del paciente, etc. También se hace una revisión bibliográfica de dicha materia en libros, artículos científicos y en publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se describe a continuación la técnica destinada a la manipulación en la postura de decúbito supino a la postura de decúbito lateral.

Ante un enfermo colaborador, se puede realizar ésta manipulación por parte de una sola persona. Las pautas a seguir son:

- Posicionarse en el lado de la cama hacia el cual se va a girar al enfermo.
- Mover a continuación al enfermo hacia el lateral de la cama contrario a la postura de decúbito al que se le va a mover para que de esta manera quede el enfermo en el centro de la cama.
- Pedir al enfermo que colabore estirando el brazo si puede hacia el lateral al que se le va a girar el cuerpo y así mismo intente flexionar el otro brazo sobre el tórax.

- Pedirle luego que flexione la rodilla del miembro inferior, que va a quedar por encima.
- A continuación deslizaremos uno de nuestros brazos por debajo del hombro y el otro por debajo de la cadera del paciente.
- Procederemos a girar al enfermo hacia el lado en el que estemos posicionados.
- Por último se dejará al enfermo debidamente acomodado.

Ante un enfermo no colaborador, la manipulación se ha de realizar por dos personas. Las pautas o técnicas a seguir ante un paciente no colaborador son las siguientes:

- Ante un enfermo que debido a su corpulencia o a su patología y que no puede colaborar en su movilización, se deberá de realizar por parte de dos profesionales.
- El uso de la sábana entremetida ayudará en la técnica de manipulación.
- Se posicionarán los profesionales, uno a cada lado de la cama.
- Se dobla una sábana a la mitad, por la parte más larga de la misma.
- Ya doblada la sábana se coloca por debajo del enfermo, quedando colocada desde los hombros hasta debajo de las nalgas.
- Para colocar la sábana se deberá colocar al enfermo en la posición de decúbito lateral y introducir la sábana por el lado. A continuación se voltea al enfermo hacia el lado contrario y se procede a estirar la parte de la sábana que quede por colocar.
- Sujetar la sábana enrollada por los laterales y se agarrará fuertemente para así poder mover al enfermo hacia cualquier lado de la cama, realizando el profesional este movimiento con las piernas ligeramente flexionadas y la espalda recta, para evitar cualquier tipo de lesión.

5 Discusión-Conclusión

En la técnica empleada en la manipulación de decúbito supino a decúbito lateral y en la que se cuenta con un enfermo colaborador, se puede ejecutar por parte de un solo profesional sanitario y ante un paciente no colaborador, la técnica de manipulación que ejecutará por dos profesionales. Se llega a la conclusión de que para realizar todas estas movilizaciones, se deberá trabajar en equipo colaborando al unísono, por lo que se ofrecerá una mejor atención y confort al paciente enfermo y a la vez con una correcta ejecución se evitarán por otra parte lesiones en los profesionales sanitarios y no sanitarios que las ejecutan.

6 Bibliografía

1-<http://www.celador.com/movilizaciones.htm>.

2-<http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/movilizacion-en-el-enfermo-encamado-objetivo-y-procedimiento/>

3-<http://ciapat.org//biblioteca/pdf/855-Tecnicas-de-movilizacion-de-enfermos-para-la-prevencion-de-lesiones-dorsolumbares-pdf>.

4-<http://www.auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones.htm>.

Capítulo 183

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DE LA SONDA VESICAL

MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS

MIRIAN CALERO MORENO

MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE

NICOLETA TALPA

MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ

1 Introducción

Las sondas son tubos que se introducen en el interior de una cavidad o conducto, para extraer o introducir sustancias con fines terapéuticos o diagnóstico.

El sondaje vesical o sondaje del aparato urinario consiste en la penetración de una sonda por la uretra hasta la vejiga.

Al rededor del 15% de los pacientes ingresados llevan sonda vesical debido a la infección del tracto urinario de origen nosocomial.

Las infecciones urinarias suponen un 20%, siendo el 80% el sondaje vesical la causa, en el caso de la sonda permanente se incrementa en un 5-8%, para disminuir el porcentaje de estas infecciones es necesario aplicar unas medidas higiénico-sanitarias y entre esas funciones están:

Facilitar la salida al exterior de la orina.

Incontinencia Urinaria.

Recogida de muestras de orina estéril.

Tratamientos intra y postoperatorios.

Controlar la cantidad de orina etc.....

Hay varios tipos de sondas vesicales, según su material pueden ser:

De Silicona

De Latex

De Cloruro de Polivinilo (PVC).

Las sondas son de distinto calibre, para mujeres, hombres y niños con las características de cada paciente.

Hay distintas enfermedades como lesiones medulares, accidentes cerebrovasculares, esclerosis múltiple, Parkinson, daño cerebral etc., cuyo origen es una afectación cerebral de la médula espinal o de los nervios donde no hay control vesical, se le llama Vejiga Neurógena.

Hay que tener en cuenta el impacto psicológico y social del enfermo al tener que llevar una sonda:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Baja Autoestima.
- Limitación de actividades y calidad de vida por miedo a los olores ó las fugas y la dependencia de llevar una sonda.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en los cuidados de la sonda vesical.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de sondas vesicales, porcentajes de infecciones urinarias etc..

Bases de datos de revista médica y buscando en internet palabras como:

- Vejiga neurógena.
- Sonda Foley.
- Sonda Nelatón.
- Parafimosis.

4 Resultados

Hay distintos tipos de sondaje y dependiendo del tiempo que lo vaya a necesitar el paciente se utilizarán las siguientes:

- Sondaje Permanente o de larga duración.- Se llevará a cabo en pacientes que superen los 30 días, pacientes crónicos con retención urinaria que permite un drenaje continuo de orina. En estos sondajes las sondas son blandas y flexibles, como la sonda de Foley que puede tener hasta tres vías y una de ellas tiene un globo en su extremo que se infla una vez que se introduce en la vejiga.
- Sondaje intermitente o temporal.- Después de realizar el sondaje se retira inmediatamente o se mantiene durante un espacio corto de tiempo. Se utiliza para recoger muestras de orina estériles, vaciar la vejiga, prevenir infecciones en el postoperatorio etc.. y se utilizan sonda semirrígidas como la sonda de Nelatón.
- Sonda de Condón.- no se coloca dentro del pene, es un dispositivo que simula a un condón que se pone en el pene y la orina va saliendo y va a una bolsa de drenaje, la cual hay que cambiarla todos los días. A la sonda vesical se le une el tubo de drenaje que, este a su vez, sirve de alargadera para que la orina drene por acción de la gravedad que va a parar a una bolsa colectora. Esta puede llevar un grifo para vaciar la orina y pueden ser: a) Bolsa de muslo.- Puede ir sujeta a la pierna con una capacidad de 500 ml, que permite llevarla debajo de la ropa y con un grifo para vaciar dicha orina. b) Bolsa de cama o nocturna.- Va sujeta con un soporte con una capacidad de 2000 ml, el tamaño de la sonda se calibra en diámetro externo, se emplea la escala de French.

La técnica del sondaje lo realizará el enfermero ó enfermera, el TCAE informará al paciente de la precisión del sondaje, intentando calmarlo, colocándolo en la posición decúbito supino con las piernas entreabiertas si es hombre y en posición ginecológica si es mujer.

El TCAE se lavará las manos y se colocará los guantes desechables, se realizará la higiene con solución jabonosa antiséptica y suero fisiológico en el aparato genito-urinario, terminada la higiene quitar los guantes desechables, lavar las manos y ponerse los guantes estériles preparando el campo estéril ya que es una técnica aséptica y cuyo material necesario :

- Sonda Vesical.
- Bolsa para la recogida de orina.
- Percha para la colocar la bolsa colectora.
- Lubricante anestésico.
- Guantes estériles.
- Suero Fisiológico.

- Gasas.
- Jeringa.
- Palancana.
- Paño estéril.
- Solución antiséptica.
- etc..

El TCAE colaborará durante la realización del sondaje con el enfermero o enfermera en lo que necesite.

Una vez la sonda puesta hay que controlar la diuresis y anotarla en registros para informar al personal de enfermería.

Se deberá estar pendiente por si hubiere fiebre, dolor, cambios en la cantidad de orina, color, olor y comunicarlo.

La bolsa o colector debe estar por debajo de la vejiga con el fin de evitar reflujo. Evitar tirones que puedan causar traumatismos, en el caso de los hombres, cuando se haga la higiene no olvidar devolver a su posición natural el prepucio para evitar Parafimosis, cambiar el sentido de la sonda para evitar la presión que pueda ejercer en la piel y aparezca una ulcera.

No se puede colocar una sonda vesical en los siguientes casos: a) Si hay rotura uretral. b) Cuando se observe que haya una alguna alteración anatómica.

5 Discusión-Conclusión

El impacto emocional al ser portador de una sonda vesical, junto con los cuidados que hay que realizar, puede llegar agobiar al paciente, pero siguiendo las recomendaciones del médico y enfermería, con una buena higiene tanto antes como después de manipular la sonda reducirá el riesgo de infecciones.

Beber abundantes líquidos siempre que lo prescriba el médico y una alimentación saludable y si las circunstancias no se lo impiden, hacer ejercicio físico en la medida que le sea posible.

El TCAE en Hospital y Centros Geriátricos será el encargado de observar y realizar todas estas funciones.

Si el paciente esta en casa, seguir estas recomendaciones y si observa alguna anomalía, acudir al centro de Salud más próximo.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/sondas-vesicales>.
2. <https://www.emagister.com/blog/sondas-cuantos>

tipos hay y para que se usan.

3. [https://www.bing.com/search=revista sanitaria](https://www.bing.com/search=revista+sanitaria).

Capítulo 184

INGRESO HOSPITALARIO DEL NIÑO. ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

JOANA GONZALEZ ALVAREZ

MARÍA ISABEL CASTRO RUBIO

1 Introducción

Cuando un niño ingresa en un centro hospitalario a causa de una enfermedad o algún tipo de tratamiento que requiera su ingreso, se sufre un gran impacto tanto por parte del niño como de sus padres o familiares cercanos. Éste ingreso suele tener unos efectos negativos ya que le cuesta adaptarse a ésta situación y a este entorno.

Tanto la Carta de los Derechos del Niño en el Parlamento Europeo proclamada en 1992, como la instauración del Defensor del Menor, sirven como referencia en cuanto a la puesta en marcha de esos derechos tanto en las instituciones sanitarias, como en la comunidad en general. De ésta Carta que defiende y promulga los Derechos del Niño, se extraen derechos fundamentales para el niño en materia de poder prevenir y evitar el ingreso del mismo siempre que sea posible, el derecho así mismo de los padres a acompañarlo dentro del hospital, derecho a que el niño reciba información de acuerdo a su edad y desarrollo mental, derecho a negarse a la asistencia o a la realización de pruebas y como no derecho a su propia identidad.

Así mismo el niño deberá estar en todo momento acompañado también de profesionales que logren que el estado del niño y su estancia sea lo más tranquila posible.

2 Objetivos

- Conocer las pautas a seguir en materia de bienestar y confort tanto del niño como de sus familiares durante el tiempo que dure su ingreso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica y búsqueda tanto en libros como en artículos publicados en las bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se puede observar que según las prácticas clínicas y las evidencias en como va afrontar un niño el ingreso, hay una serie de denominadores comunes, ya que los niños en general y los niños enfermos, se basan en cuanto a su edad en el entretenimiento y la diversión y con ello se refleja una mejoría en el estado de ánimo y por tanto en su bienestar.

Por ello se pueden ver dos tipos distintos de entretenimiento que les puede beneficiar:

- Distracción interactiva: se basa en el juego activo relativo a distintas actividades, ya que en general el juego es la ocupación principal entre la población infantil y que influye también en su desarrollo, por lo tanto no se puede interrumpir bruscamente el juego en el niño enfermo, ya que es imprescindible para que asimile y se adapte a la enfermedad y a su estancia en el hospital.
- Distracción pasiva: se basa en actividades de distracción que se organizan en las aulas hospitalarias habilitadas para ello, con narración de cuentos, terapia de música o proyección de películas, etc.

Cuando aparece sin esperar una enfermedad en el niño, sufre sin quererlo una pérdida en sus hábitos de juego o en sus actividades cotidianas con las cuales se entretenía. La práctica de éstas actividades como la lectura la cuál fomenta la

interacción con las historias y la música, van a favorecer la relajación del niño enfermo y a su vez la ansiedad y el estrés que esa situación nueva genera.

Se benefician así mismo las constantes vitales y atenúa en gran medida la sensación de dolor que éste pudiera tener.

Los padres, tutores o familiares, son las personas que más horas pasan en compañía del niño ejerciendo la labor de cuidadores y por ello en base a investigaciones efectuadas, se llega a la conclusión de que la figura materna es de vital importancia para el niño, ya que a través de ella el niño se siente más seguro y protegido ante esa situación nueva que escapa a su comprensión.

5 Discusión-Conclusión

Como se puede ver se llega a la conclusión en base a las evidencias y la confirmación de la práctica clínica, que el ingreso en el hospital del niño obliga no solo a llevar a cabo un tratamiento de la enfermedad, sino también de cuidar los sentimientos y emociones tanto del niño como de los padres o familiares que le acompañen.

Se deberá de evitar que el niño vea el hospital o centro sanitario como un lugar de dolor y sufrimiento, sino que se deberá hacer que sea visto como un lugar en el que el niño interactue y prosiga con el desarrollo normal propio de su edad, todo ello gracias a las actividades lúdicas y de entretenimiento que se ponen en práctica para ello en los centros hospitalarios.

6 Bibliografía

1. Álvarez F, Fortin S, Bibeau G. (2008) la práctica pediátrica en un medio cultural plural: una experiencia en curso. Arch. Argent Pediatr. 106, 206-241.
2. <https://www.efesalud.cpom/niños-hospitalizados-impacto-humanizacion>.
3. Aláez, M. Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutíl, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Psicotherma, 12, 525-532.

Capítulo 185

EL VÉRTIGO Y EL APOYO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

JANETE CARINA FERNÁNDEZ PÉREZ

1 Introducción

El síndrome de Ménière, comúnmente llamado vértigo, se trata de un trastorno que se localiza en el oído interno (suele afectar a un sólo oído) y se caracteriza por una sensación de que todo se mueve ó gira alrededor de ella, con movimiento (rotatorio, vertical u horizontal) de uno ó ambos ojos, inestabilidad, con limitación o incapacidad para realizar actividades cotidianas e incluso náuseas, a diferencia del mareo en el que se siente una pérdida de equilibrio, con una sensación de desmayo inminente, vómitos, sudoración fría náuseas o palidez. Podemos decir que en el vértigo hay una sensación ilusoria de movimiento o giro y en el mareo sentimos una alteración del equilibrio. Los pacientes utilizan a menudo estos términos de manera indistinta debido a la dificultad para diferenciarlos.

Su nombre proviene del médico francés Prosper Ménière que descubrió esta patología en 1861 relacionada con problemas en el oído interno, concretamente en la zona del laberinto vestibular también denominada canales semicirculares, interviniendo en ocasiones el nervio vestibular que conecta oído interno y tronco encefálico incrementando las presiones membranosas del oído interno.

Cabe mencionar otros factores causantes como esclerosis múltiple, migrañas vestibulares, traumatismos o enfermedades cardiovasculares o neurológicas, procesos inflamatorio-infecciosos, entre otros.

La Sociedad Española de Otorrinolaringología(SEORL-CCC) estima en un 80% la población que ha sufrido vértigo a lo largo de su vida, afectando por igual a mujeres y hombres sobre todo en edad adulta aunque puede afectar también a la población pediátrica. Unas 2500 personas tienen un episodio de vértigo en España cada día y cada vez esta patología se hace más presente en la sociedad.

2 Objetivos

Analizar las causas, sintomatología y tratamiento del vértigo así como el apoyo del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el mismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión 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

La percepción de orientación, así como de movimiento y estabilidad tiene lugar en el aparato vestibular formado por tres conductos semicirculares y 2 órganos de otolitos (cristales de carbonato de calcio) llamados sáculo y utrículo. El cambio de dirección o deflexión de los otolitos por gravedad estimula ó inhibe las señales neuronales de las células pilosas adheridas ,si estos otolitos del entramado auditivo se dañan ó desplazan aparecen los vértigos.

Existen dos principales tipos:Periférico y central.El primero en relación al oído interno y el segundo situado en el tronco encefálico ó cerebelo.

En cuanto a la etiología del vértigo en pocas ocasiones es debido a un trastorno grave, normalmente se relaciona con el sistema vestibular periférico que causa un vértigo posicional paroxístico benigno (BPPV), laberintitis (hinchazón del oído interno), enfermedad de Ménière (más común) ,neuronitis (inflamación del nervio vestibular) ,un meningioma o schwannoma (presión nervio vestibular) ó herpes zoster ótico.

En el vértigo periférico el paciente presenta pérdida de audición, zumbidos y presión en el oído.

Puede aparecer, en el vértigo central, la conocida migraña de origen vestibular, así como traumatismos craneales, enfermedades cardíacas pulmonares, tiroides, drogadicción, fármacos, tumores, esclerosis múltiple, etc.

Suele presentarse a mediana edad y casi siempre relacionado con problemas en el oído interno que dan lugar al ya citado vértigo posicional ó la enfermedad de Ménière .

Los síntomas ante los que debemos estar alerta si notamos zumbido en los oídos, náuseas y vómitos, pérdida de audición en uno o ambos oídos, dificultad para enfocar la visión, falta de equilibrio y coordinación...

Si el vértigo está relacionado con la zona del cerebro tendrá dificultad para tragar, parálisis facial, visión doble entre otros.

En el de tipo periférico se pueden aliviar los molestos síntomas con medicamentos así como tratamiento de fisioterapia. Es importante evitar cambios bruscos de postura, el estrés y evitar la conducción ó actividades peligrosas y ambientes con ruidos fuertes ó luces muy brillantes. En el central será eficaz la administración de supresores vestibulares ,como benzodiazepinas ó antihistamínicos , y antieméticos. Ante un paciente con sospechas de vértigo de origen central puede necesitar realizar resonancia magnética craneal .

Si como tcae atendemos a un paciente con esta patología debemos intentar no elevar el tono de voz,ser empáticos y escuchar activamente,ayudarle a caminar cuando sea necesario y aportarle tranquilidad .Es importante que recordarle que se mantenga acostado para evitar caídas y que mire a un punto fijo.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir este proyecto de investigación sobre el vértigo diremos que este puede evolucionar a una inestabilidad crónica y que el 54% de las consultas por vértigo son debidas a vértigo posicional paroxístico benigno seguido por enfermedad de Ménière y que dentro de la patología neurológica las de mayor incidencia son las de origen vascular y la esclerosis múltiple.

Este trastorno del equilibrio cada vez afecta a más personas y puede dificultarles seriamente su vida diaria personal y laboral siendo más grave en los pacientes ancianos que como consecuencia de la pérdida de equilibrio tienen un riesgo mayor de caídas con posibles fracturas de cadera y miedo a moverse.

Las estructuras del oído interno se deterioran con la edad pero no nos podemos olvidar de que el vértigo puede presentarse en nuestras vidas a cualquier edad .

Apostar por rutinas saludables evitando el tabaco y café, revisiones con el OTL periódicas, dieta baja en sal y mantener una postura erguida evitando realizar movimientos bruscos, evitar el uso de bastoncillos ,utilizar tapones, controlar la formación de cerumen ,entre otros, siempre nos ayudará a prevenir esta incómoda sensación de movimiento.

6 Bibliografía

1. Orl-Iom I. Vértigo periférico: síntomas, diagnóstico y tratamiento – IOM Madrid [Internet]. Institutoorl-iom.com. 2019
- del Arco J. Problemas otológicos (II): acúfenos y vértigo. 2016;30(5):16–21.
2. Crane BT, Minor LB. Peripheral vestibular disorders. In: Flint PW, Haughey BH, Francis HW, et al, eds. Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2021:chap 167.
3. Kerber KA, Baloh RW. Neuro-otology: diagnosis and management of neuro-otological disorders. In: Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, Newman NJ, eds. Bradley’s and Daroff’s Neurology in Clinical Practice. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2022:chap 22.
4. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, et al. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo (update). Otolaryngol Head Neck Surg. 2017;156(3_suppl):S1-S47. PMID: 28248609 www.ncbi.nlm.nih.gov/28248609.

Capítulo 186

EL PACIENTE TERMINAL

MONTSERRAT NUÑEZ DIAZ

1 Introducción

Paciente terminal es la persona que se encuentra en la etapa final de algunas enfermedades crónicas, especialmente de las cancerígenas, pero también muchas como son:

Enfermedades del corazón avanzadas

VIH/SIDA

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Enfermedad renal crónica

Enfermedades neurológicas que no tienen tratamiento como son las demencias (como la de tipo Alzheimer)

Un paciente se considera que sufre una enfermedad terminal cuando su esperanza de vida se estima en seis meses o menos, aunque esta norma es arbitraria.

Esta fase terminal se inicia en el momento en que los tratamientos curativos, ya que no aportan beneficios a su estado de salud, y son sustituidos por otros cuyo objetivo es controlar y paliar los síntomas, tanto físicos como psíquicos ocasionados por la enfermedad. También es importante que los familiares y los profesionales mantengan una comunicación abierta con la persona antes de la etapa final para así reducir estrés y poder tomar las decisiones más adecuadas.

Por otra parte, la presencia de la muerte remueve las actitudes del personal sanitario y esas actitudes influyen positiva o negativamente en el proceso terminal del paciente al que se está tratando y en su entorno familiar. De ahí la importancia de contribuir de una manera positiva y acertada desde todo el equipo médico.

2 Objetivos

- Describir las distintas fases por las que atraviesa un enfermo terminal.
- Conocer las medidas paliativas con las que pueden ser tratados y los derechos que tienen de llegar dignamente al final de su vida.
- Ofrecer datos orientativos sobre cómo funcionan las enfermedades terminales 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

Enfermedad terminal según la OMS es: “todo padecimiento reconocido, progresivo, irreversible e incurable, que se encuentra en estado avanzado, donde existe certeza razonable de muerte a corto plazo, cercano a seis meses”.

Cada paciente reacciona de manera diferente ante la noticia del diagnóstico de una enfermedad terminal. En general, casi todos los pacientes pasan por cinco etapas hasta aceptar su trágica situación, según el modelo de Kübler-Ross:

- ☒ Negación. Es solamente sentimiento de defensa temporal para el individuo. Ira. En esta fase esta persona es difícil de cuidar debido a sus sentimientos de ira y envidia.
- ☒ Negociación. Incluye la esperanza de que el individuo puede, de alguna manera, retrasar la muerte.
- ☒ Depresión. Empieza a entender la certeza de la muerte. Es un momento importante que debe ser procesado.
- ☒ Aceptación. Es la etapa final de la lucha contra la muerte; llega con la paz y la comprensión de que la muerte está acercándose.

Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida: La ley de muerte digna del principado de

Asturias garantiza el acceso universal a los cuidados paliativos. Destacar dos de sus artículos:

☒ Artículo 5. Derecho a un trato digno.

“Toda persona que se encuentre en el proceso del final de su vida tiene derecho a que todas aquellas personas que le asisten durante el mismo le dispensen un trato digno, respetando sus convicciones personales, principalmente las relacionadas con sus creencias ideológicas, religiosas, socioculturales, de género y de pudor, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y a que se haga extensivo a las personas vinculadas a la misma por razones familiares o de hecho”.

☒ Artículo 13. Derecho a recibir cuidados paliativos.

1. “Toda persona que padezca una enfermedad grave, irreversible y de pronóstico mortal, que se encuentre en situación terminal o de agonía, tiene derecho al alivio del sufrimiento mediante cuidados paliativos.

2. Los cuidados paliativos podrán incluir la atención en el domicilio o lugar de residencia, ingreso en unidades específicas o convencionales, hospital de día y consulta externa, y abordarán las cuestiones físicas, psíquicas, sociales y espirituales asociadas a la enfermedad de la persona.”

CUIDADOS PALIATIVOS AL PACIENTE TERMINAL:

Los cuidados paliativos forman parte de un tratamiento integral para el cuidado del conjunto de molestias, los síntomas y el estrés de toda enfermedad grave y tiene como fin aliviar y evitar el sufrimiento, mejorando la calidad de vida de estas personas.

Los cuidados paliativos brindan:

☒ tratamiento especializado para calmar los dolores y otros síntomas;

☒ diálogo abierto sobre el tratamiento de su enfermedad

☒ coordinación entre todo el equipo: médicos, enfermería, trabajadores sociales, dietistas, farmacéuticos, incluso apoyo religioso y espiritual.

☒ apoyo emocional para enfermo y su familia.

EUTANASIA

El 25 de junio de 2021 el Congreso de los Diputados ha dado el visto bueno a la ley que permite la eutanasia en España y convierte a este país en el cuarto de Europa (con Luxemburgo, Holanda y Bélgica) y en el séptimo del mundo.

Se proporcionará solo a mayores de edad con plenas facultades que, con una enfermedad grave y sufrimiento intolerable, hayan expresado su voluntad de morir. Esta decisión podrá ser anulada en cualquier momento por parte del paciente, quien habrá sido previamente informado sobre las distintas alternativas y el ac-

ceso a cuidados paliativos

5 Discusión-Conclusión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos cada año. El 78% de ellas viven en países de ingresos bajos y casi la mitad de estos en África, por lo que solo el 14% de las personas que necesitan atención paliativa la reciben.

En España se estima que unas 200.000 personas sufren cada año una dolencia terminal, pero no todas ellas reciben la atención que merecen (0,8 equipos por cada 100.000 habitantes) y está por debajo de la media europea. También falla la formación, puesto que solo la mitad de facultades de medicina incluyen formación en cuidados paliativos.

Nuestro país es el séptimo de Europa en cuanto a disposición de estos recursos. Un dato positivo es que cuenta con unidades pediátricas para tratar a la población infantil (1.370 niños al año necesitan este tipo de atención, según Eduardo Garralda, coautor del informe de Atlas de Cuidados Paliativos 2019).

En cuanto a la eutanasia en 2022, un año desde su entrada en vigor, se calcula menos del 0,07% del total de fallecimientos registrados en España, en concreto, 295 personas.

6 Bibliografía

1-https://es.wikipedia.org/wiki/Paciente_terminal.2023

2-[https://scielo.isciii.es/scielo.reflexiones](https://scielo.isciii.es/scielo/reflexiones).2009

3-<https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-10580-consolidado.pdf>

4-<https://www.heraldo.es/noticias/nacional/2021/01/31/>

Capítulo 187

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA FRENTE A UNA URGENCIA DE INFARTO AGUDO MIOCARDIO

BÁRBARA MOLINA DÍAZ

ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ

SABELA OTERO RIAL

1 Introducción

Empiezo hablando del infarto agudo de miocardio (IAM) describiendo así como un síndrome coronario agudo, basado en la visión fuerte de un cuadro de sufrimiento isquémico, defecto de riego en una de las partes del corazón procurado por la aglomeración aguda y en su totalidad de una de las arterias coronarias que lo componen en la cual le administra la alimentación.

Partiendo de la base que es una de razones principales que causan la muerte en personas del todo el mundo, el riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio se centra principalmente antes del ingreso al hospital, superando un 40%, dada la situación se necesitarían un ingreso.

Esto supone que si recibe la atención adecuada y con su debida antelación, con un margen de más de 4 horas previas permitiría una evolución exitosa del infarto, las complicaciones serian poco habituales.

Con todos los avances que disponemos a día de hoy tenemos un diagnóstico muy

preciso o al menos lo suficiente acertado para evitar dentro de lo posible mayores complicaciones, y así conseguir un mayor éxito.

Nos encontramos con dos tipos de infarto agudo de miocardio los cuales son los siguientes:

(IAM) con onda Q o síndrome coronario agudo con ascensión del segmento ST, esto viene producido por una obstrucción extendida de una de las arterias coronarias la cual es la más importante, esto conlleva que la zona grande del corazón llegue hasta la muerte.

Observamos que la onda Q es una cicatriz muy pequeña, en la que cuando se realiza un cardiograma, puede observarse una vez que la fase aguda del infarto pasado.

Infarto de miocardio sin la onda Q, los describiremos como una insuficiencia de riego en las arterias que son mas pequeñas del corazón esto es por normal general, no se da una muerte en una zona tan grande y su pronóstico viene siendo menos complicado, no tiene variación del segmento Q y se adjunta a una angina.

Hablamos también de la función del auxiliar de enfermería (TCAE) en una urgencia de infarto agudo de miocardio (IAM), el papel que desenvuelve, un papel en el que tenemos que estar muy atentos.

Dado los síntomas que presentan los pacientes una vez que se le atiende en urgencias apoyamos en todo el momento a los profesionales de la salud, el infarto suele presentarse de forma muy brusca en el paciente con lo cual que se debe acudir lo mas rápido posible al servicio de urgencia correspondiente o al mas cercano.

Como hemos dicho anteriormente el auxiliar de enfermería apoyará a los profesionales de la salud como por ejemplo sería en todas las pruebas que se deben de realizar para determinar la afección.

Todos lo que se le realiza al paciente desde que llega con la urgencia infartado debe realizarse con la mayor rapidez ya que el reloj cuenta en contra del paciente , en muchos de los casos se actúa antes de que se confirme el diagnóstico acertado esto conlleva a ganar a nuestro favor.

Profundizando más en datos el infarto agudo de miocardio en España la muerte es producida por esta causa cada cuatro minutos , quedando las mujeres en primer lugar y quedando en segundo lugar los hombres.

Resumiendo lo que hemos citado anteriormente y con las palabras en clave serían infarto agudo de miocardio, como un abastecimiento o falta de oxígeno escaso producida por atasco lo que conlleva tener un gran conocimiento sobre la fisiopatología del síndrome coronario agudo.

El papel del auxiliar de enfermería tiene que estar preparado para la situación tanto antes como después de la urgencia lo que conlleva tener preparado para asistir al paciente en el ingreso y durante su estancia.

Estar atentos en los sonidos del timbre o en la voz de alarma, colaborar en todo, tener ordenado todo el material que disponemos y con su total limpieza de la unidad correspondiente y sobre todo tener bien revisados el funcionamiento de los equipos de la unidad .

Gracias al cuidado y la atención de todos estos detalles podemos decir que logramos el éxito total de la patología o disminuir las complicaciones que se pudieran presentar, no obstante aunque logremos disminuir las complicaciones tendremos que seguir muy atentos a cualquier adversidad.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del auxiliar de enfermería ante un infarto agudo de miocardio.

3 Metodología

Los principales recursos que he podido encontrar tratando de infarto agudo de miocardio (IAM) han sido en las páginas de referencia Mayoclinic, fesemi.org, Medline, Revista española de cardiología , Google , donde he recopilado información, otras de las páginas donde me he enfocado y basado ha sido medicina.uc.cl.

4 Resultados

Llegando ha este punto comienzo hablando del paciente afectado por el infarto en el momento que llega a urgencias y el papel que desenvuelve el auxiliar de enfermería.

El paciente una vez que ha llegado al servicio de urgencias con los síntomas claros de (IAM) se le asigna una cama teniendo en cuenta que es un código infarto, aquí

en cuando el TCAE acompaña al paciente para llevarlo al lugar correspondiente y comenzar a realizar las pruebas oportunas.

Seguimos con la siguiente práctica la cual es la recogida de todos los datos de sus signos vitales ,proporcionados por el personal de enfermería ,incluyendo la valoración del médico sobre el paciente siendo asi la determinación de si su situación es de un nivel con un riesgo elevado o no.

A continuación se le administrará una vía venosa para introducirle la medicación y asi tendremos la facilidad de rocopilar las muestras para el laboratorio, en este punto lo que realiza el TCAE es proporcionar y tener preparado el material correspondiente para realizar el tratamiento, una vez utilizado lo desechará y comenzará con la limpieza .

Una vez que se ha realizado el protocolo de actuación con el paciente, hay que seguir con las pruebas siguientes para confirmar que realmente es el diagnóstico que se cree, las pruebas que se van a realizar son; radiografía de tórax, electrocardiogramas en analíticas.

Todo este material tiene que estar preparado por nosotros los TCAE, acompañando al paciente para acomodarlo en cada prueba y asi realizar con éxito las pruebas, en todo momento se le explica al paciente de lo que se le va a realizar junto con todo el personal que estar presente.

En todo este procedimiento no podemos perder ni un solo segundo, pues esto puede ir en contra de la salud de nuestro paciente , todas estas pruebas se le realizan en el área de urgencias.

Unas de las actividades que tiene que ser sometido el paciente será un control exhausto de la presión arterial , frecuencia cardiaca, ritmo cardiaco y la frecuencia respiratoria siendo cada 15 min el control, otro control que tenemos que proporcionarle es el estado neurológico del paciente.

Hay que mantener la abertura de las vías aéreas, preparando todo el equipo de oxígeno en el que se le tendrá que administrar con el sistema de calefactado y el sistema de humificado, todo este material lo prepara el TCAE.

Controlaremos constantemente la presión sanguínea el pulso, el estado respiratorio que tiene el paciente y la temperatura en la que se encuentra, muy importate es que observemos al paciente por si viéramos que tiene cianosis.

Otra pauta que me parece muy importante y que a veces no se le da la suficiente importancia es el acompañamiento que le damos al paciente, en este momento le estamos proporcionando una seguridad y estamos reduciendo el miedo que pueda llegar a tener, observando así su comportamiento.

Una vez que el paciente ha dejado de correr peligro y está estabilizado se le asigna un plan de cuidados tanto en el hospital, como fuera de él.

5 Discusión-Conclusión

He llegado a la conclusión con este proyecto de la importancia de los auxiliares de enfermería en el servicio de urgencia , del papel que juegan para tratar de ayudar a todo el personal que lo componen para salvar vidas y atender a todos los pacientes.

De lo importante que es estar atento con son los síntomas que muestra el infarto agudo de miocardio, sobre todo de lo que conlleva si no se atiende rápido, y en su defecto las muertes que actualmente tenemos en todo el mundo.

Tenemos que tener como objetivo principal al paciente y disminuir todos los riesgos que pudiera desencadenar el infarto dentro de la medida de lo posible siendo así la tarea principal salvar gran parte del miocardio.

Otras de las conclusiones que tenemos que tener presente es concienciar de realizar un plan de actividades para prevenir y reducir el riesgo de sufrir el infarto que a día de hoy muchos de nosotros no realizamos ningún tipo de prevención.

Según algunas investigaciones que se han llevado a cabo determinan que los pacientes mayores son mas frágiles y que dentro del infarto existen otros factores que influyen en la predicción, cualquier síntoma de infarto que tengamos hay que buscar ayuda y asistencia, esto puede salvar la vida.

A día de hoy considero que todavía nos falta mucho por aprender y que nos falta estar a la altura en los protocolos que disponemos actualmente en el manejo .

6 Bibliografía

1. Definición de (IAM) en el que se ha sido elaborada por el grupo de Educación para la Salud de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) en la página <https://www.fesemi.org/>

2. Ranya N.Sweis, MD, MS, Northwestern University Feinberg School of Medicine; Arif Jivan, MD, PhD, Northwestern University Feinberg School of medicine ;Síntomas, causas y tratamiento del (IAM) <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional>
3. Revista española de cardiología <https://www.revespcardiolog.org/es-registro-espanol-hemodinamica-cardiologia-intervencionista--avance-S0300893223003275>

Capítulo 188

APOYO DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OBESIDAD

BÁRBARA MOLINA DÍAZ

ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ

SABELA OTERO RIAL

1 Introducción

Podemos decir que la obesidad es una enfermedad, crónica en la que afecta a estados biológicos, psicológicos y sociales de la vida de una persona.

Esta enfermedad esta caracterizada por formar enfermedades cardiovasculares con un mayor porcentaje de mortalidad disminuyendo así la calidad de vida del ser humano que la padece.

La obesidad carga influencias genéticas, metabólicas como hormonales en el peso del cuerpo de una persona, tiende a ocurrir cuando se ingiere mayor número de calorías de las que se reducen con la actividad del día a día y el ejercicio almacenando así toda la cantidad de calorías ingeridas en forma de grasa.

En casos de obesidad el papel que logra tener el auxiliar de enfermería es muy importante mostrando así el apoyo hacia el paciente, el auxiliar se encargara desde de la higiene, que en muchos de los casos no se pueden valer por sí solo debido al gran volumen que presentan y la poca movilidad que tienen.

Tener una buena higiene lleva a evitar que se pueda presentar complicaciones de la piel y ayuda mucho a la hora del bien estar del paciente sintiéndose mejor consigo mismo, esto también ayuda a su estado emocional, aunque casi siempre se trata de que lo puedan hacer con la mayor independencia.

El auxiliar se encargará de enseñarle al paciente una buena postura, para evitar lesiones o cualquier cuadro de dolor postural como también ayuda para vestirse y para la eliminación de urinaria e intestinal, pues algunos tampoco lo pueden hacer por sí solos .

En algunos de los casos hay pacientes en peor estado que otros , por eso algunos de ellos necesitan la presencia de oxígeno al tener el gran volumen tiene dificultad para respirar , alimentarse e hidratarse.

Por todas estas razones los pacientes con obesidad necesitan del apoyo y del las funciones del auxiliar de enfermería para proporcionarles todo lo que necesiten para cambiar y ayudarles a encontrar la manera mas fácil para un estilo de vida mas saludable sobre todo para mejorar la condición de vida que presentan y su salud.

2 Objetivos

Exponer el papel del TCAE ante pacientes con obesidad.

3 Metodología

He realizado una búsqueda y una investigación en la que hemos encontrado dicha información , la cual hemos realizado una profunda investigación en la que he redactado el siguiente proyecto ampliando a base de la experiencia personal y conocimientos aportados por profesionales , a continuación cito las paginas ; <https://revistamedica.com/y> conocimiento aportados por profesionales de la salud.

4 Resultados

Durante el procedimiento de los cuidados que vana llevar a cabo van a ser en atención primaria , vamos a comenzar llevando un control exhausto del peso y

del control en la alimentación, se le aconsejará en el caso de que consuma alcohol o tabaco que lo deje para mejorar la salud.

Se le marcará una serie de pautas a seguir como por ejemplos ería comer con moderación ingiriendo frutas y verduras y evitar hidratos de carbono , una buena alimentación hará que se ingiera muchas menos calorías lo cual será mas sencillo a la hora de eliminarlas .

Hay que marcar unos objetivos como sería la realización de un buen ejercicio diario para mantener una buena forma fisica y ayudar a la perdida y control de peso lo que conllevará mayor facilidad para el tratamiento, un buen descanso y las horas recomendadas de sueño facilitan también el tratamiento .

La función de la obesidad es una inestabilidad en el que se consume mucha mas calorías de las que se desgasta por eso es fundamental la realización de un buen plan de ejercicios para acelerar esa quema de grasas como hemos dicho antes.

La obesidad podemos decir que afecta gravemente a la salud como puede ser la presencia de azúcar en sangre (diabetes) una mala presión arterial, colesterol o dislipidemia, otra complicación que puede presentar por el aumento de peso, facilitar la inflamación dentro del cuerpo.

Para mejorar todos los síntomas de la obesidad fuera de zonas hospitalarias se crea un plan de cuidados para el domicilio en el que es totalmente individualizado en el que cada cierto tiempo que haya marcado el profesional de la salud tendrá que asistir a las visitas para seguir con el control del paciente.

También hay que realizar metas para animar al paciente a conseguir el propósito que hemos marcado, con el paso de los días el paciente comenzará a notar mejoría tanto en su condición fisica como en su bienestar todo esto hará que el paciente se motive muchísimo más para conseguir su objetivo.

El TCAE estará muy presente en todo el proceso, pues será el encargado de recoger todos los datos tanto los cambios de peso además tendrá que dejar todo anotado para seguir el proceso de las próximas visitas al centro hospitalario y así ver si está surtiendo efecto todo el tratamiento asignado para el paciente.

Un dato que he querido añadir, ya que ha estado muy presente entre nosotros estos últimos años, ha sido el impacto que ha tenido el covid-19 en las personas que sufren de obesidad, empeorando así su condición, necesitando ser ingresados, ventilación mecánica incluso llegando a la muerte.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión a la que he llegado con este proyecto y con esta enfermedad es que es de vital importancia tener una buena atención médica y de que el papel que juegan los auxiliares de enfermería son muy importantes.

La obesidad es una enfermedad en la que afecta tanto adultos como a niños y que en muchos de los casos los niños arrastran la obesidad hasta la edad adulta siendo así mas complicado de tratar.

Hay que reconocer que tratar la enfermedad en niños se complica mucho mas dada la situación de la edad, pues los niños no lo asocian a que es una enfermedad en muchos de los casos solo lo ven como prohibiciones.

Pienso que la obesidad es un tipo de factor en el que tiene una clave para desenvolver una variedad de enfermedades y muchísimos problemas de salud, un dato que tenemos que tener en cuenta es que en muchos de los casos la obesidad se trata como un fin estético.

En muchos de los casos al no tratarse como una enfermedad si no con el fin estético eso puede conllevar también a otro tipo de enfermedades, por eso es sumamente importante que se acuda al profesional de la salud adecuado para poder ser tratado.

Otras de las conclusiones que he llevado a cabo trata de que las personas que padecen la obesidad no se dan cuenta de la enfermedad que presentan, parte de culpa por llamarlos de alguna manera es su entorno social, laboral, familiar etc.

Por no herir sus sentimientos y emociones a las personas que sufren del problema no les hablan de la realidad dando lugar a incrementar la mala situación en la que se encuentran.

Por eso me parece muy importante que tener el apoyo sanitario, familiar etc. les crea un gran vínculo con ellos y todo objetivo que se propongan será logrado, o al menos pondrán todo de su parte para intentar superarse cada día más y más.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-el-sobrepeso-obesidad-como-un-S0716864012702912>.

2. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería y las enfermedades asociadas a la obesidad.<https://revistamedica.com/atencion-tcae-enfermedades-asociadas-obesidad/>

Capítulo 189

ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON PACIENTES INFECTADOS DE TUBERCULOSIS

BÁRBARA MOLINA DÍAZ

ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ

SABELA OTERO RIAL

1 Introducción

La tuberculosis fue descubierta en el año 1882 por el medico y microbiólogo alemán Robert Koch, fue un gran descubrimiento y partir de esa fecha podemos decir que ha sido un gran avance en el que se pudo dar comienzo a una investigación y que día tras día ha ido avanzando cada vez mas.

Ha sido muchos los avances y descubrimientos que hemos tenido presentes pero aún así necesitamos seguir investigando, creando nuevas metas y nuevas soluciones aunque sea muy complicado erradicarla, pero no podemos parar, para que algún día podamos acabar con tal enfermedad.

No hemos acabado con la enfermedad pero a día de hoy hemos conseguido muchos avances y hemos evitado muchísimas muertes en todo el mundo mencionando el gran papel fundamental que realiza y que ha realizado el Auxiliar de enfermería para llegar al punto que hemos llegado con la enfermedad.

En el presente capítulo hablaremos de como el técnico auxiliar de enfermería trabaja y lucha frente a este tipo de enfermedades , marcándose objetivos y pri-

oridades para proporcionar eficacia y un buen trabajo, los protocolos y funciones que deber seguir, aportando también lo importante que toda labor que se realice en equipo incluyendo todo el personal sanitario y no sanitario que lo compone, para lograr así el objetivo primordial el cual sería la evolución positiva del paciente y sobre todo evitar la propagación de la tuberculosis, ya que la transmisión es muy rápida y directa.

2 Objetivos

Exponer el papel del auxiliar de enfermería ante pacientes con tuberculosis.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo me he guiado y seguido a través de una investigación compacta ajustándonos a la bibliografía, de artículos y expedientes científicos, se ha efectuado una búsqueda a fondo en la que hemos consultado libros, artículos, revistas, investigaciones y noticias, dicha información a sido encontrada en las siguientes paginas Medline plus y enciclopedias medicas, el libro que he consultado es ;Estudio de la tuberculosis desde la Sucursal del Cielo.

4 Resultados

La lucha del tcae contra personas infectadas de la tuberculosis es todo un desafío ya que los pacientes en esta planta estarán aislados para evitar propagación todo contacto que se tengan con ellos será mediante protección y bajo un estricto protocolo el cual tienen que seguir a la perfección, cualquier error que se cometa puede tener la consecuencia de contagiarnos.

Al paciente se le realizarán diferentes pruebas como son la prueba cutánea de la tuberculina y pruebas de sangre esas son las principales, si estas prueban resultan positivas solo indicaría que el paciente ha sido infectado pero no indicaría que hay infección .

Otras de las pruebas que nos encontramos para detectar la tuberculosis es la prueba cutánea de la tuberculina (MANTOUX) o la baciloscopia la cual es una prueba de esputo.

El auxiliar de enfermería lo que va a realizar en estas prueba será la aportación

del material incluyendo su recogida y limpieza para la realización de la prueba en todo momento se le explicara al paciente lo que se le va a realizar tratándolo con paciencia y apoyándolo en todo lo que pudiera necesitar el paciente como el personal de enfermería que nos acompaña en ese momento.

Nos encontramos con diferentes tipo de tuberculosis la cual una de ellas seria la tuberculosis latente, la cual no tenemos síntomas y no contagiamos por eso hay que tener en cuenta todo el tratamiento ya que las bacterias se encuentran adormecidas y hay que mantenerlas así.

Por otro lado no encontramos con la tuberculosis activa, aquí sería todo lo contrario a la tuberculosis latente aquí si contagias , si te encuentras enfermo incluso los síntomas pueden llegar aparecer semanas después incluso años.

Se desarrolla un plan de cuidados un tratamiento y un conjuntos de programas y actividades que se va a realizar con el paciente para evitar posibles complicaciones las cuales van unidas a la patología que tienen diagnosticada el paciente, todo ese programa lo tenemos que llevar a cabo con el paciente informándole del procedimiento.

Sera puesto en una planta donde se le proporcionara aislamiento con lo cual será de vital importancia que debemos estar sumamente protegidos siguiendo el protocolo de actuación tanto de entradas y salidas del aislamiento así como el contacto e higiene que se pueda mantener con el paciente.

El tcae junto con el personal de enfermería será el encargado de administrarle el tratamiento adecuado proporcionando vigilancia para que el paciente lo tome adecuada mente y no ser olvidado para que pueda surgir el efecto, cumpla su función y se pueda ir avanzando con la enfermedad.

Se le administrara una dieta adecuada evitando ciertos alimentos para evitar posibles complicaciones alimentarias como por ejemplo algún problema gastrointestinal ya que puede empeorar el paciente el tcae es el encargado de administrarle la dieta que se le ha asignado al paciente

Hay que tener en cuentas que son personas mas vulnerables por la situación que están pasando , son personas que no pueden tener ningún tipo de contacto con los familiares y esos les puede crear una mala situación emocional entre otras cosas, por eso en este caso el tcae le brindará todo su apoyo y tratará de que su estado emocional no varíe dentro de lo posible.

Durante estancia del paciente el tcae le proporcionara toda la información para

que lleve a cabo una buena higiene en el que tiene que tener un explicito lavado de manos, realizara y acondicionara toda la habitación para proporcionales toda comodidad posible.

Muy importante que al paciente se le explique cada paso que se va a realizar para que en ningún momento se sienta invadido ni presionado y siempre guardando su intimidad, otra de las pautas importante es que debemos estar muy atentos a cualquier signo o síntoma ya que eso nos puede indicar un avance o un empeoramiento de la enfermedad, todo aquello que realicemos o veamos debe quedar anotado e informado a nuestros superiores para que se tomen las medidas oportunas.

Como hemos hablado antes los pacientes que son contagiados con la tuberculosis pasan por un momento complicado les afecta a su salud mental, por lo que considero que hay que tenerla en cuenta ya que cualquier trastorno que pueda desencadenar puede empeorar los síntomas, se le asocia una relación a los medicamentos asignados con lo que también pueden afectar en la evolución. Con lo cual estaremos pendiente y evaluaremos todos los casos en el aspecto psicológico y tener un seguimiento para tener el tratamiento adecuado e individualizado.

Diversos estudios afirman que la prevención, control y actuación de la tuberculosis esta relacionado con la salud mental, debemos tener muy presente que cualquier alteración mental como por ejemplos los síntomas que pueden ser son ansiedad, depresión y sentimientos de soledad por el aislamiento social que presentan, algunos de los síntomas que he mencionado deben ser tratados con el profesional correspondiente para no darle mas complejidad a la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Una vez que he finalizado el presente capítulo llego a la conclusión de que a día de hoy no sabemos lo suficiente de la enfermedad , no estamos concienciados de la importancia que tiene de lo que causa y genera y sobre todo de la muerte que ha sufrido muchos pacientes que la han padecido en todo el mundo.

A día de hoy no hemos podido acabar con ella lo que conlleva es que siga presente entre todos nosotros, sobre todo en países de bajos recursos, dando siempre las gracias a todos los profesionales de la salud por estar día tras día estamos al pie de cañón para afrontar tanto la tuberculosis como las demás enfermedades que se nos presentan en la vida.

No estamos seguros de no contagiarnos de la enfermedad pero si se hará todo lo posible de tratar a los pacientes de la mejor manera y poder curarlos , creo que hay que darle visibilidad tanto a la profesión como a la enfermedad.

Necesitamos mas apoyo como podría ser mayor formación contra este tipo de enfermedades tan contagiosas como equipos de protección para protegernos ante ella en cualquier tipo de circunstancia que se nos presente.

Es una enfermedad que necesita mucha investigación, muchos recursos y sobre todo muchos conocimientos para poder concienciar a las personas o pacientes y así dentro de lo posible poder evitar todos los problemas que causa un contagio de tuberculosis.

La conclusión principal es que todos estamos expuestos tanto niños como adultos y personas mayores, aquí nadie se puede salvar de contraer la enfermedad en caso de que sea expuesto y que no tome las medidas básicas para evitar ese contagio.

Es una enfermedad que no solo afecta al organismo también a varias partes de nuestro cuerpo incluyendo nuestro estado emocional que también se ve afectado y es cuando todo se vuelve un conjunto y hace que la recuperación del paciente se vea afectada notablemente.

Bajo mi punto de vista creo conveniente que todos los seres humanos deberíamos de tener una buena higiene y una buena educación respiratoria podríamos evitar muchos de los casos que se contagian.

Por último destacar que se debería de invertir mas en investigación y nuevas herramientas para controlar y detectar la tuberculosis en todo el mundo, aumentar equipos de protección para todos nosotros los sanitarios, que podamos tener el material que necesitemos si se nos presentan algún tipo de complicación.

6 Bibliografía

- 1.He consultado el libro de ; Estudios de la tuberculosis desde la Sucursal del cielo. Editora y principal autora: Luisa Maria Nieto Ramirez. Año 2021.
2. <https://roderic.uv.es/handle/10550/33156>
- 3.Revista Médica clínica las condes, <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-tuberculosis-S0716864014700690>

Capítulo 190

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARIA DE LA CRUZ DELGADO

SHEILA ARENAS MARTINEZ

ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA

MARIA DEL PILAR PIÑERO MORAIRA

SONIA LINARES RINCÓN

1 Introducción

La piel es el órgano de mayor extensión del cuerpo, con una superficie aproximada de 2 m² y un peso de entre 3 y 4 kg, lo que supone el 6 % del peso corporal total. Es la primera barrera defensiva de nuestro organismo. Está formada por tres capas superpuestas, que de exterior a interior son: epidermis, dermis e hipodermis.

La epidermis es un epitelio plano, estratificado y queratinizado, donde no hay terminaciones nerviosas, ni vasos sanguíneos. La dermis es una capa de tejido conjuntivo, cuyo grosor está entre 1 y 2 mm, y está separada de la epidermis por la capa basal. La hipodermis está compuesta por tejido conjuntivo laxo, que

según la zona de la piel y el estado nutricional, resulta más o menos rico en tejido adiposo.

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones que se localizan en la piel o bien en el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, debido al resultado de una presión, fricción o cizallamiento (presión + fricción), denominados agentes causales, o pueden aparecer por factores predisponentes como humedad, edad e inmovilidad.

La presión, la fricción y el cizallamiento, producen una obturación, de los capilares arteriales, que son las últimas ramas del sistema circulatorio por donde fluye la sangre rica en nutrientes y oxígeno, y estos son necesarios para mantener los tejidos vivos.

De esta manera se provoca una isquemia, es decir, una falta de riego sanguíneo, de oxígeno y nutrientes en los tejidos comprimidos, y como consecuencia una anoxia celular, que es la falta de oxígeno en las células, tejidos y órganos.

Según la EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel), que es el sistema europeo de clasificación de las UPP, existen cuatro grados o estadios en las úlceras por presión según avanzan en profundidad.

- UPP Grado I: la piel permanece íntegra (aún no hay herida), pero hay una región eritematosa (color rojo), que no palidece por vitropresión o presión digital. En pieles oscuras se manifiesta con coloraciones azuladas o moradas. Afecta a la epidermis. Se pueden encontrar diferencias de temperatura. Sus síntomas pueden ser dolor o escozor.

- UPP Grado II: hay una pérdida parcial del espesor de la piel que afecta a la dermis y a la epidermis. Se caracteriza por la aparición de una equimosis (sangrado interno o “cardenal”), y por la aparición de flictenas.

- UPP Grado III: existe una afectación que profundiza en el tejido subcutáneo, llegando en ocasiones al tejido adiposo, va acompañado de necrosis. No sobrepasa la fascia muscular, que es el tejido que envuelve los músculos. En ocasiones suelen formar cavidades con forma de cráter acompañadas de infecciones y secreciones.

- UPP Grado IV: en esta categoría hay una destrucción total del grosor de la piel, ya que se profundiza en tejidos subyacentes: músculo, tendón, cápsula articular, vasos sanguíneos, nervios e incluso el hueso. Suelen presentar lesiones con cavernas o trayectos sinuosos (forma irregular, con curvas, recodos, etc.).

Tanto en el Grado III como en el Grado IV pueden encontrarse una serie de alteraciones tales como: esfacelo, escara e infección que deberán observadas para determinar en qué fase y en qué estado se encuentra la piel.[Salto de ajuste de texto]Otro tipo de úlceras por presión son las iatrogénicas que se producen por los roces continuos de los dispositivos terapéuticos (sondas, catéter, etc.), o por la

presión que estos producen en los tejidos tanto externa como internamente.[Salto de ajuste de texto]La EVRUPP o escala de valoración de riesgo de las UPP, es un instrumento que analiza los factores de riesgo en el paciente, asignando una puntuación y estableciendo una predicción o probabilidad de que el paciente desarrolle una úlcera en función de los parámetros considerados en la escala.

Para que el uso de las EVRUPP sea eficaz, es necesario emplear escalas válidas, evaluar el riesgo en el momento del ingreso en todos los pacientes, realizar posteriores reevaluaciones si fuese necesario y aplicar medidas preventivas adecuadas según el resultado de la escala.

2 Objetivos

- Dar a conocer los grados de las úlceras por presión y la función del TCAE ante este tipo de úlceras.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 mejor medida curativa contra las UPP es la prevención. Cuando aparece una UPP se debe evaluar el plan de prevención y corregir los fallos que se han producido para eliminar las causas que lo produjeron, permitiendo así que el tratamiento curativo de la úlcera sea lo más eficaz posible.

El fin de utilizar las EVRUPP es para identificar a los pacientes que tienen riesgo de padecer úlceras por presión, para poder clasificarlos en función del riesgo y poder así planificar las medidas preventivas en cada caso.

Una EVRUPP que se puede utilizar es la Escala de Norton, cada uno de los aspectos se valora en cuatro categorías con una puntuación que va desde 1 a 4, siendo 1 el que corresponde a un mayor deterioro y 4 el que corresponde a un menor deterioro. La puntuación que se puede obtener oscila entre 5 (máximo riesgo) y

20 (mínimo riesgo). Se considera que una puntuación por debajo de 14 supone una situación de riesgo.

Un objetivo prioritario en la mayoría de los pacientes es mantener un óptimo nivel de actividad; debe intentarse que el paciente pueda deambular lo antes posible, fomentar y facilitar la movilidad y la actividad física en la medida de sus posibilidades.

Siempre se llevará a cabo un registro del procedimiento, de los cambios posturales que se realicen y a qué hora se realizan. Dicho registro debe ser firmado por la persona que realiza el cambio. Para ello se puede utilizar una rueda horaria, y el cambio se establecerá cada 2-3 horas, y por la noche cada 4 horas.

Las posiciones preferentes serán decúbito lateral (izquierdo y derecho), decúbito supino (siempre que se utilice la talonera para evitar que el talón apoye), y sedestación (que podría coincidir con la hora de las comidas).

Cuando una persona es joven y tiene movilidad el propio cuerpo, si permanece demasiado tiempo en una misma postura, se mueve por incomodidad o dolor, en cambio, en las personas mayores o con movilidad reducida, esto no es posible y hay que realizar los cambios posturales cada determinado tiempo para evitar la aparición de este tipo de lesiones cutáneas.

Las úlceras por presión son consideradas heridas crónicas, puesto que su evolución es superior a 4 semanas. Conllevan complicaciones sistémicas o locales y además generan altos costes. Las úlceras por presión (UPP) son heridas que aparecen en la superficie de la piel debido a que esta no puede oxigenarse correctamente.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe saber que la prevención de las úlceras por presión se consigue de distintas formas, bien empleando protecciones en las zonas de riesgo o realizando cambios posturales pautados, ya que estos son los profesionales que más tiempo pasan con los enfermos.

Las zonas de riesgo más susceptibles de formar UPP pueden aplicarse dispositivos locales de protección, tales como el sistema de botín para proteger talones, apósitos especiales, etc., tienen la ventaja de permitir inspeccionar la piel con frecuencia mínima de 24 horas, y son útiles para la protección de talones, codos, etc.

La elección de un sistema u otro para la reducción de la presión dependerá del riesgo del paciente y de los recursos disponibles en el centro sanitario.

Si el paciente porta drenajes, sondas o catéteres, se han de vigilar sus puntos de apoyo, para que estos no queden nunca debajo del paciente y que no traccionen la piel, por lo que se tendrán que movilizar con frecuencia, para variar el punto de presión.

5 Discusión-Conclusión

La mejor medida curativa contra las UPP es la prevención. Cuando aparece una UPP se debe evaluar el plan de prevención y corregir los fallos que se han producido para eliminar las causas que lo produjeron, permitiendo así que el tratamiento curativo de la úlcera sea lo más eficaz posible.

El TCAE colaborará en todo el proceso de la cura con el personal de enfermería en función del grado de la úlcera. Lo más importante y que tenemos que tener en cuenta es que la mayoría de las úlceras por presión (UPP) se pueden prevenir para evitar que aparezcan.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-ulceras-por-presion/>.
2. <https://www.ulceras.net/index.php>.
3. <https://www.ulceras.net/recursos.php?clase=2&tipo=4>.
4. <https://www.blinklearning.com/v/1650471005/themes/tmpux/launch.php#responsive/book/1932286>. [Salto de ajuste de texto]
5. Blanco López, J. L. (2003). Definición y clasificación de las úlceras por presión. *El Peu*, 2003, vol. 23, núm. 4, p. 194-198.

Capítulo 191

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE QUE SUFRE UNA ENFERMEDAD MENTAL. REVISION BIBLIOGRÁFICA

MARIA DE LA CRUZ DELGADO

SHEILA ARENAS MARTINEZ

ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA

MARIA DEL PILAR PIÑERO MORAIRA

SONIA LINARES RINCÓN

1 Introducción

Para comenzar esta revisión bibliográfica es importante hacer un resumen sobre la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), ya que este capítulo va enfocado a su actuación y por ello es necesario conocer en primer lugar quien es el personal tcae y que funciones ejerce de forma genérica. Más adelante entraremos en más profundidad.

Por lo tanto, se puede decir que el personal TCAE es un profesional que pertenece al ámbito sanitario y que ha finalizado los estudios del Grado medio de auxiliar de enfermería.

Sobre las funciones que desempeña el personal TCAE, de forma genérica podemos decir que este personal se va a encargar de hacer los cuidados a los pacientes en todo aquello referente a la alimentación, aseo y movilidad.

También se puede decir que el personal TCAE se puede especializar en ramas muy concretas dentro del ámbito sanitario y así poder lograr un éxito laboral mucho mejor. Algunas de estas ramas pueden ser la enfermería en el trabajo, geriatría o salud mental.

En este capítulo, hablaremos sobre el personal tcae y su actuación ante un paciente que sufre una enfermedad mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Salud Mental como "un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad". Si la enfermedad mental es muy grave y el enfermo puede hacer daño a alguna persona o a sí mismo es probable que se le ingrese en un hospital psiquiátrico.

2 Objetivos

Conocer el papel del TCAE ante un paciente que sufre una enfermedad mental.

3 Metodología

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

4 Resultados

La función del TCAE bajo la supervisor médica incluye el bienestar emocional, psicológico y social del paciente. La salud mental está afectada por sentimientos, pensamientos, inseguridad, violencia, valores culturales, experiencias personales familiares y laborales. El tratamiento para los pacientes de salud mental se basa en un equipo multidisciplinario (médico, TCAE, psicólogo, psiquiatra) que trabajan para mejorar la vida de ellos. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería

es el profesional que está apoyando al paciente ,es el que mantiene la intimidad y confidencialidad del paciente.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el que ayuda en las tareas del paciente como el aseo, lavar manos, dientes, dar la comida a pacientes dependientes, ducha, cambios de pañal o de ropa, recepción de visitas y llamadas, acompañar a consultas médicas, hacer compras, ocio, etc. Es el que se encarga de dar la medicación bajo órdenes del médico o enfermero. Es el que se encarga del acompañamiento y vigilancia .

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que conocer el perfil de cada paciente, empatizar con él y tranquilizarlo, tiene que conocer las funciones específicas , los horarios de las tareas y sus necesidades específicas. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un apoyo para los pacientes de salud mental para llevar una vida digna, poder hacer viajes, es un apoyo psicológico positivo en el tratamiento de la enfermedad para llevar mejor el día a día.

Una evaluación de salud mental se puede llamar una prueba psicológica.

Las enfermedades mentales más conocidas son: Trastorno del estado de ánimo; Trastorno de ansiedad; Trastorno de alimentación; Trastorno de déficit de atención e hiperactividad; Trastorno de estrés postraumático; Trastorno de personalidad; Trastorno por consumo de sustancias; Trastornos psicóticos. Estos trastornos están afectando a niños, adolescentes y personas mayores y por eso la prueba psicológica es diferente para cada etapa de sus vidas. Los pacientes de salud mental pueden mejorar con una evaluación, diagnóstico y tratamiento. Hasta pueden recuperarse por completo.

5 Discusión-Conclusión

Se puede decir que la profesión de TCAE requiere que el personal que la ejerza tenga vocación para desempeñar esta profesión debido a que la mayoría de su labor va consistir en ayudar a personas con diferentes enfermedades.

El asistir a los pacientes por parte del personal TCAE, requiere tener unas habilidades como pueden ser saber trabajar en equipo o tener una buena capacidad de reacción para poder afrontar cualquier problema que surja de forma repentina con cualquier paciente.

Las enfermedades de salud mental pueden ser ocasionales o crónicas. Para cuidar la salud mental hay que cuidarse a uno mismo . El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene la función de mejorar la calidad de vida del paciente.

Es el profesional que está más cerca en la enfermedad dando el apoyo emocional vigilando y escuchando bajo la dirección del médico. Cuando una persona se

siente triste, sin ánimos y en oscuridad apelar a ayuda de un psicólogo y recibir una terapia es recomendable para poder salir adelante y seguir con su vida . La enfermedad de salud mental ya no es una discriminación, ni un estigma para el paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 192

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO

MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ

VANESA MARTIN CASASOLAS

1 Introducción

Los cuidados paliativos se aplican durante todo el curso de enfermedades crónicas que amenazan la vida del paciente y tienen como objetivo reducir el dolor y el sufrimiento asociados con estas afecciones. Asimismo, proporciona control del dolor y los síntomas, bienestar y comodidad, así como apoyo psicosocial y espiritual a los pacientes y a sus familias para que puedan disfrutar de la mejor calidad de vida hasta el final.

La unidad de cuidados paliativos está integrada por un equipo multidisciplinar que incluye médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, farmacéuticos, nutricionistas, etc., los cuales están en constante coordinación y comunicación con el fin de garantizar una atención integral al paciente y a su familia.

En este departamento, se presta atención a una gran variedad de pacientes que presentan una enfermedad terminal, entendida como aquella enfermedad que se encuentra en fase avanzada, gradual y que no se puede curar con ningún tratamiento. Entre dichos pacientes se encuentran aquellos que presentan enfermedades como cáncer, neurodegenerativas (por ejemplo, esclerosis lateral, amiotrófica o esclerosis múltiple), pulmonares, renales, cardíacas, etc.

Por lo tanto, la labor desempeñada por los TCAE en esta unidad resulta fundamental, debido a que los pacientes que se encuentran en la unidad de cuidados paliativos 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 instituyen como una herramienta clave para proporcionar cuidados básicos, apoyo y consuelo, así como bienestar y comodidad a 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 paliativos.
- Conocer y describir las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la unidad de cuidados paliativos.

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 cuidados paliativos; 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 anteriormente, las funciones desempeñadas por los TCAE en la unidad de cuidados paliativos resultan fundamentales para la atención y el cuidado de los pacientes que presentan algún tipo de enfermedad terminal. Entre dichas funciones específicas realizadas por los TCAE en la unidad de cuidados paliativos, destacan las siguientes:

El TCAE debe promover el descanso y comodidad del paciente, para ello debe procurar un ambiente lo más relajado y agradable posible, logrando un confort acústico y térmico, evitando la exposición del paciente a temperaturas o ruidos intensos.

Asimismo, el TCAE 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. Además, debe cambiar la ropa de cama cada vez que sea preciso.

El TCAE también es el encargado de la alimentación del paciente, prestando especial atención a la dieta pautada por el equipo médico y/o nutricionista, a la existencia de náuseas o vómitos y a la tolerancia mostrada por el paciente, asegurando una correcta nutrición e hidratación al mismo.

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 y sintomatología del paciente.

También, el TCAE tiene como cometido ayudar al equipo médico y de enfermería durante el transcurso de determinados procedimientos (por ejemplo, colocación de enemas, sondas, etc.), preparando el equipamiento sanitario necesario (tanto material como el equipo de protección individual) y prestando su asistencia durante el desarrollo de este.

Finalmente, el TCAE también debe prestar una correcta comunicación y apoyo emocional tanto al paciente como a su familia.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE son profesionales formados que prestan una atención integral y personalizada a los pacientes que se encuentran en la unidad de cuidados paliativos, los cuales requieren de una atención y cuidados especializados por la grave enfermedad que presentan.

Entre las principales funciones o tareas que realizan los TCAE en la unidad de cuidados paliativos, destacan la promoción de un ambiente relajado y agradable, el aseo e higiene personal, la alimentación del paciente, la administración de medicación, la recogida de datos del paciente, la correcta comunicación y apoyo

emocional al paciente y familia, y la colaboración y coordinación con el resto del equipo multidisciplinar.

Por todo ello, la labor desempeñada por los TCAE en esta unidad resulta clave, ya que proporcionan a los pacientes los cuidados básicos, el apoyo emocional, el bienestar y comodidad que precisan.

6 Bibliografía

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

<https://medlineplus.gov/spanish/>

<https://scielo.org/es/>

<https://scholar.google.es/>

Capítulo 193

EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO ANTE LOS GRUPOS DE ALIMENTOS. CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE ALIMENTACIÓN

JOANA GONZALEZ ALVAREZ

MARÍA ISABEL CASTRO RUBIO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), hace una definición de Salud en la que dice: "la salud es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social". Por lo que "la salud no es la ausencia de enfermedades o afecciones, sino que es un estado de completo bienestar físico, mental y social".

Una buena alimentación y, por lo tanto, nutrición es un factor primordial para la salud en general de la sociedad, no sólo como una cuestión de supervivencia, sino que va relacionada con una calidad de vida óptima y necesaria.

Al mantener una correcta alimentación se están cumpliendo unas necesidades básicas en cada una de las etapas de la vida; en los niños fomenta el crecimiento y el desarrollo y en adultos les permite conservar o alcanzar un peso apropiado y prevenir con ello el desarrollo de enfermedades que una carencia de nutrientes debido a una mala alimentación podrían acarrear.

La nutrición es el proceso mediante el cual los alimentos son asimilados por el cuerpo para vivir. Además del tipo de nutrición natural que normalmente ten-

emos las personas, existen como alternativa y ante situaciones de hospitalización otros dos tipos de nutrición:

- Nutrición enteral, que es en la que se administran los alimentos por vía digestiva, ayudada habitualmente por sondas o en forma líquida o batida.
- Nutrición parenteral, en la cual los alimentos son administrados por vía intravenosa mediante dispositivos de goteo en forma líquida, como es el caso del suero.

2 Objetivos

Definir brevemente los 7 grandes grupos en los que se clasifican los alimentos según la función que cumplen y los nutrientes que aportan a las personas.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre alimentación y nutrición de los siete grupos de alimentos, clasificándolos según el aporte nutricional de cada uno. Se han utilizado en páginas de Internet como Google Académico, descriptores para su búsqueda como: "nutrición", "salud", "dieta y nutrientes".

4 Resultados

Para conseguir llevar una dieta equilibrada es necesario, por tanto, hacer una clasificación de los alimentos, agrupándolos según la función que cumplen y el aporte de nutrientes de los mismos.

Hay 7 grandes grupos de alimentos:

- Grupo 1. Leche y sus derivados: Son los que suministran sustancias necesarias para la formación y el mantenimiento de las estructuras y tejidos del organismo, es decir, tienen una función plástica. Son alimentos con un gran aporte de proteínas y su valor energético depende de la cantidad de lípidos que contengan esas proteínas.
- Grupo 2. Carnes, pescados y huevos: Son alimentos con un alto grado de proteínas con poder biológico, contenido en hierro y vitamina B. Tienen una función plástica en el organismo. Son todas las proteínas indispensables, pero sobre todo las del pescado, ya que además tienen un alto contenido en grasas Omega 3.
- Grupo 3. Patatas y legumbres, frutos secos: Por su alto contenido en hidratos de carbono, aportan energía al organismo, además de tener una función plástica. Las legumbres aportan proteínas de origen vegetal y fibra. Los frutos secos aportan

un alto contenido de ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados, además de vitaminas del grupo B.

-Grupo 4. Verduras y hortalizas: Aportan al organismo gran cantidad de vitaminas, minerales, fibra y oligoelementos, por lo que tienen una función reguladora. Son ricos también en agua y con bajo contenido de calorías debido a que apenas contienen hidratos de carbono, grasas y proteínas.

-Grupo 5. Frutas: Junto con las verduras y hortalizas son de gran importancia en toda dieta, ya que cumplen una función reguladora en el organismo, aportando nutrientes esenciales. Por otra parte, las frutas son ricas en azúcares del tipo fructosa, sacarosa o glucosa que aportan un bajo contenido calórico.

-Grupo 6. Cereales y sus derivados, azúcares y dulces: Tienen básicamente una función energética debido al alto aporte de calorías como consecuencia del alto aporte de hidratos de carbono que contienen. Sin embargo, los cereales tienen un gran valor nutritivo que no contienen otro tipo de hidratos de carbono y aportan a su vez Vitamina B. No es aconsejable el consumo excesivo de dulces y azúcares por los riesgos que conllevan para la salud.

-Grupo 7. Grasas, aceites y mantequilla: Tienen una función energética en el organismo y son alimentos ricos en vitaminas liposolubles. Se deberá moderar el consumo de los alimentos de este grupo por su gran contenido en grasas calóricas.

Tanto los alimentos naturales como los industrializados son productos que nos aportan gran cantidad de sustancias llamadas nutrientes, los cuales son necesarios en el desarrollo, el mantenimiento de la salud y para la prevención de enfermedades. Estos tipos de nutrientes esenciales se dividen en cinco: Proteínas, Hidratos de Carbono, Vitaminas, Minerales y Grasas. Los nutrientes se suelen medir según su aporte energético en kilocalorías (Kcal). La cantidad de Kcal es diferente según el grupo de alimentos en el cual estén englobados. Es conveniente conseguir un adecuado consumo de calorías que aporten beneficios al organismo y eviten problemas a la salud.

5 Discusión-Conclusión

Con la función de la alimentación se consiguen varios objetivos en el organismo de las personas, como pueden ser: restituir las pérdidas de material que se agotan debido a la actividad diaria, elaborar así mismo los elementos necesarios para la creación de nuevos tejidos, fomentar el crecimiento, convertir la energía que contienen algunos alimentos en calor y actividad.

Por lo tanto, para que nuestro organismo funcione adecuadamente es muy importante cuidar la alimentación, llevando a cabo una dieta equilibrada, con gran variedad de alimentos, bebidas y algún tipo de suplementos que consigan el aporte necesario de nutrientes beneficiosos para el organismo.

6 Bibliografía

1-Implica.es.

2-<https://gastronomiaycia.republica.com/2009/01/17/grupos-de-alimentos>.

3-<https://www.salud.mapfre.es>.

4-<https://www.gourmet.com.co/beneficio-de-las-grasas/cuales-son-los-grupos-de-alimentos/>

Capítulo 194

INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN CENTROS HOSPITALARIOS

MARTA CANEL FERNÁNDEZ

ANA ISABEL GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

Las infecciones que ocurren en los centros de salud, también conocidas como infecciones nosocomiales, son infecciones que ocurren después de que los pacientes ingresan en el hospital por motivos distintos al ingreso hospitalario y constituyen graves problemas de salud y financieros. El problema de las infecciones hospitalarias no es sólo un problema a nivel español, pero yendo un paso más allá, podemos decir que la magnitud del problema en Estados Unidos es muy similar al de España. Existen muchos patógenos que son susceptibles de causar infecciones hospitalarias, pero cabe destacar en primer lugar los siguientes: *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae* y *Staphylococcus epidermidis*, entre otros, entre los cuales se encuentran ampliamente distribuidos en el campo de la salud.

Las causas de los riesgos externos son determinantes del desarrollo de infecciones nosocomiales de un tipo u otro, siendo las más comunes las infecciones respiratorias, las infecciones del tracto urinario, las infecciones quirúrgicas y las bacteriemias. *Pseudomonas aeruginosa* presenta múltiples sistemas de resistencia a fármacos y es considerada una bacteria compleja en el tratamiento y resolución de las infecciones nosocomiales que produce. Aunque existen muchos tratamientos para tratar y resolver las infecciones nosocomiales, para *Pseudomonas aeruginosa*, debido a su multirresistencia, se debe seleccionar el tratamiento ade-

cuado. A menudo se utiliza la terapia combinada con varios antibióticos antipseudomonas para mejorar la eficacia y evitar posibles resistencias.

2 Objetivos

- Describir las causas que provocan las infecciones nosocomiales en los centros sanitarios.
- Revisar competencias y habilidades del personal sanitario ante una infección nosocomial.
- Establecer las necesidades de formación para hacer frente a ello.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 estima que las infecciones nosocomiales afectan aproximadamente a 4,1 millones de personas en la UE cada año. El impacto económico anual de las infecciones nosocomiales en España asciende a 650 millones de euros, equivalente a los costes de diagnóstico, tratamiento y personal sanitario, variando según el tipo de infección nosocomial. Clasificamos los patógenos nosocomiales más prevalentes en España en cuatro categorías: bacilos grandes negativos, enterobacterias, cocos grandes positivos, bacilos grandes negativos no fermentadores y otros (levaduras, bacilos anaerobios, virus). La mayoría de estos patógenos se pueden encontrar en la microbiota del huésped. El patógeno que se destaca y establece una relación simbiótica con el huésped es *Escherichia coli*. Esto a menudo se puede encontrar en el microbioma intestinal de un individuo, cambiando su ubicación habitual a otro microbioma cercano pero estéril. Dependiendo de su translocación, los microorganismos producen unas infecciones u otras. *Pseudomonas aeruginosa* es uno de los patógenos más comunes y difíciles de tratar en las infecciones nosocomiales. Pertenece al filo Gammaproteobacteria del género *Pseudomonas aeruginosa*. Las infecciones nosocomiales se pueden

prevenir minimizando la propagación de patógenos, aislando a los pacientes con enfermedades infecciosas y manteniendo las condiciones sanitarias en hospitales y unidades de atención médica. En esta revisión, hemos seleccionado cinco áreas importantes donde se pueden realizar esfuerzos para prevenir las infecciones adquiridas en hospitales. Mantenga la higiene de las manos: una de las formas más importantes de transmisión de enfermedades infecciosas es a través de las manos. Según la Organización Mundial de la Salud, los trabajadores de la salud deben seguir prácticas estándar de higiene de manos. Un lavado inadecuado de manos significa que los gérmenes no se eliminan por completo y pueden ser la causa de una infección.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales son similares en términos de prevalencia, número de episodios, mortalidad e impacto económico. Los microorganismos hospitalarios más importantes y predominantes en España son: *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae* y *Staphylococcus epidermidis*. Las causas de los riesgos externos son determinantes del desarrollo de infecciones nosocomiales de un tipo u otro, siendo las más comunes las infecciones respiratorias, las infecciones del tracto urinario, las infecciones quirúrgicas y las bacteriemias. *Pseudomonas aeruginosa* presenta múltiples sistemas de resistencia a fármacos y es considerada una bacteria compleja en el tratamiento y resolución de las infecciones nosocomiales que produce. A menudo se utiliza la terapia combinada con varios antibióticos antipseudomonas para mejorar la eficacia y evitar posibles resistencias.

6 Bibliografía

1. Olaechea PM, Insausti J, Blanco A, Luque P. Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. *Med. Intensiva* 2010; 34(4):256-257.
2. Asensio A, Monge D. Epidemiología de la infección por *Clostridium difficile* en España. *Enfermedades infecciosas y Microbiología clínica* Junio-julio 2012.
3. Ducel G, Fabry J, Nicille L. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica 2ª edición. Organización Mundial de la Salud. 2012.
4. Informe EPINE-EPPS 1990-2015; 2014;2015;2016. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. (SEMPSPH)

Capítulo 195

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN A PACIENTES DE MOVILIDAD REDUCIDA

MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA CON-
SUEGRA

MARIA DEL CARMEN MAROTO MARCOTE

ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ

LUCIA RAMOS ADEVA

MERCEDES MADRID MONREAL

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) puede encontrarse en varias situaciones en las que tenga que atender a un paciente con movilidad reducida, ya sea porque el paciente se encuentra en esa situación de forma temporal (por derivación de otra patología) o de forma permanente.

Los pacientes pueden estar ingresados en planta hospitalaria, en la UCI o incluso pueden estar en casa y tener visitas de su centro de atención primaria; del médico de familia o enfermera y el técnico el cuidado auxiliares de enfermería.

En cualquiera de los casos, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de realizar los cambios posturales, la higiene del paciente, de su alimentación, de incentivar su autonomía y ayudarlo a la movilización en los casos que sea posible.

El Tcae, también intentará integrar a los familiares en estos cuidados, explicándoles cómo se llevan a cabo, sobre todo en los pacientes de movilidad reducida que se encuentren en su domicilio o en la planta de paliativos hospitalarios.

En los casos en los que la movilidad reducida sea temporal, el Tcae, tendrá especial cuidado en la aparición de las úlceras por presión y su objetivo principal será que el paciente recupere su autonomía, ayudándole con la movilización.

En cualquiera de los casos, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería siempre se guiará por las indicaciones del médico de familia y el equipo de enfermería.

2 Objetivos

Describir las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en cuanto al cuidado y atención de pacientes con movilidad reducida.

3 Metodología

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

4 Resultados

PROTOCOLO DE LOS CAMBIOS POSTURALES.

Cuando vayamos a realizar los cambios posturales debemos lavarnos las manos, usar guantes en los casos que sea necesario, y le comunicaremos al paciente el procedimiento que vamos a llevar a cabo, de esta manera conseguiremos que esté mucho más tranquilo y además pueda colaborar con nosotros.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería practica los cambios posturales a los pacientes como habilidad reducida con el objetivo de evitar las úlceras por presión (UPP), así como darle confort al propio paciente.

Los cambios posturales se deben realizar cada dos o tres horas, esto favorecerá el riego sanguíneo y evitará las lesiones en la piel, debemos observar cualquier cambio en la piel; color, temperatura, textura... puede ser indicativo de que se está produciendo una herida.

Al realizar el cambio postural debemos tener en cuenta los ejes del cuerpo y ayudarnos de ellos.

Esto quiere decir, que nos ayudaremos de los movimientos naturales que pueden adoptar las extremidades; brazos, piernas, rodillas, codos...

*Estos son los distintos cambios posturales que deberemos realizar al paciente encamado.

1. Boca arriba o decúbito supino:

En esta posición colocaremos al paciente con la espalda apoyada en el colchón, colocaremos una almohada debajo de la cabeza, los brazos permanecerán extendidos y podremos colocar una almohada delgada debajo de las rodillas.

2. Fowler:

El paciente se encontrará semisentado en un ángulo de entre 45-60 grados. Colocaremos una almohada debajo de las rodillas para conseguir que las piernas queden flexionadas sin necesidad de que el paciente las flexione.

3. Decúbito lateral:

Dependiendo de a qué lado colocaremos al paciente puede ser a la derecha o a la izquierda. Deberemos colocar en el lado sobre el cual vayamos a colocar al paciente una almohada en la espalda, flexionamos la pierna que quede en la parte superior y se colocara otra almohada delgada entre las dos piernas para evitar que la superior oprima a la que se encuentra en la parte inferior y pondremos los pies en ángulo recto.

PROTOCOLO DE HIGIENE. EL BAÑO.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado de la higiene en los pacientes con movilidad reducida, puede realizarse a través de un baño o una ducha, según el grado de dependencia y de inmovilidad del paciente.

En el caso de los pacientes que pueden trasladarse hasta el baño podemos llevar a cabo la higiene mediante la ducha, trasladándolos en una silla de ruedas y sentándolos en una silla apta para el baño una vez que estén en la ducha.

Los pacientes encamados, que no pueden trasladarse, serán lavados con una esponja jabonosa y agua.

En ambos casos, el Tcae se lavará las manos, usar aguantas en caso necesario y le explicará al paciente el procedimiento que se llevará a cabo con él.

1. El baño:

Colocaremos el material necesario junto al paciente, le ofreceremos una cuña si

lo necesita.

Retiraremos la ropa al paciente y le cubriremos con una sábana, dejando al descubierto la zona que vayamos a lavar.

Colocaremos el material necesario junto al paciente, le ofreceremos una cuña si lo necesita.

Retiraremos la ropa al paciente y le cubriremos con una sábana, dejando al descubierto la zona que vayamos a lavar.

La higiene se realiza empezando por los ojos, la cara, el cuello, las orejas, brazos y axilas.

Cambiaremos el agua, jabón y esponja.

Después lavaremos el tórax y abdomen. La parte anterior de las extremidades inferiores y por último los genitales.

Aprovecharemos el tiempo de la higiene para hidratar la piel y vigilar el estado de la misma.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado de dar los cuidados básicos a los pacientes encamados, sobre todo cuidará su higiene y su piel. Se encargará de mantener una buena hidratación y de los cambios posturales para evitar heridas y úlceras por presión.

En todos estos procesos de cuidados básicos intentará integrar a la familia o dar autonomía al paciente según sea el caso.

Cuando un paciente con movilidad reducida, ya sea temporal o por dependencia, recibe los cuidados básicos como son la higiene, alimentación y ayuda a la movilización, tendrán una mejor autoestima y afrontarán su enfermedad de forma más positiva.

6 Bibliografía

- 1.https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/b1_higiene_paciente_cama.pdf.
- 2.<https://revistamedica.com/actuacion-tcae-cambios-posturales/>.

Capítulo 196

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

VANESA MARTIN CASASOLAS

MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO

MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ

1 Introducción

La planta de hospitalización es el entorno donde se desarrollan los cuidados integrales al paciente durante el proceso de recuperación o antes de ser sometido a algún procedimiento que por su complejidad no puede ser ambulatorio. Estos cuidados se realizan por un equipo multidisciplinar, en turnos, durante las 24 horas y de manera individualizada a cada paciente ingresado.

La unidad de hospitalización brinda una asistencia médica y enfermera completa e integral.

El equipo multidisciplinar que compone la planta de hospitalización está formado por diferentes profesionales, médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAES), dietistas, celadores, trabajadores sociales, fisioterapeutas... Todos ellos trabajando de una manera coordinada para brindar los cuidados y la atención integral que necesita cada paciente en todo momento.

En esta planta se presta atención a pacientes con situaciones de salud de todo tipo, pacientes derivados directamente del servicio de urgencias, en el que el médico

considera que debe ser ingresado para recibir tratamiento debido a sus patologías, pacientes provenientes de unidad de cuidados intensivos (UCI) cuya situación ha mejorado y son trasladados a planta, pacientes de reanimación después de una intervención quirúrgica, ingresos programados para una intervención o para diferentes pruebas diagnósticas... todos ellos necesitan de un plan de cuidados individualizado.

Por lo tanto, la labor del TCAE en la planta de hospitalización resulta indispensable para brindar los cuidados necesarios al paciente, ayudando a su bienestar, a mejorar su salud y a lograr su plena recuperación

2 Objetivos

- Analizar el papel del TCAE en la planta de hospitalización.
- Conocer y describir las principales funciones del TCAE en la planta de hospitalización.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del TCAE en la planta de hospitalización son muy diversas:

El TCAE se encarga de recibir al paciente en la planta, así como de acomodarlo en la habitación, lo identificará y le explicará todo lo necesario, así como las normas y horarios del hospital. El TCAE es también el encargado de tener la habitación preparada para la llegada de los pacientes.

El TCAE es el encargado de la higiene del paciente, si no puede por si mismo por problemas de movilidad, el TCAE se encarga del aseo, tanto en cama como en el baño, dependiendo de las circunstancias, así mismo se encarga de proporcionar todo lo necesario (toallas, esponja, jabón), de proporcionarle la cuña siempre que

sea necesario o de acompañarlo al baño si lo necesita, así como de vestirlo y desvestirlo.

También es el responsable del cambio de ropa de cama como de gestionar la misma, teniendo el carro de lencería con todo lo necesario.

El TCAE tiene que realizar los cambios posturales en los pacientes inmovilizados para evitar la aparición de úlceras por presión, así como las movilizaciones o transferencias con la ayuda de celadores o enfermeros.

Otra de las labores del TCAE es la de recibir el carro de comidas, de distribuirla teniendo especial cuidado ya que hay pacientes con dietas especiales o alergias e intolerancias, de ayudar a los pacientes que no pueden comer solos y a recoger las bandejas una vez hayan terminado.

El TCAE es el encargado de reponer el carro de lencería como se ha mencionado anteriormente, pero también se encarga de reponer el carro de curas de enfermería, así como de reponer los medicamentos en el almacén.

Otra de las principales funciones del TCAE es la de proporcionar ayuda en las labores tanto del médico como de enfermería (recogida de datos de temperatura, presión arterial, ingesta de líquidos), ayuda durante diferentes procedimientos como las curas, durante la colocación de sondas, y de preparar todo el material necesario para llevar estos procedimientos a cabo. También, y siempre bajo supervisión médica o enfermera, es el encargado de administrar la medicación.

Una vez al paciente le han dado el alta, el TCAE ayuda en la realización de la documentación necesaria para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las labores que desempeña el TCAE en la planta de hospitalización son muy diferentes, pero todas van encaminadas a un mismo fin, el de suministrar una atención integral al paciente cubriendo todas sus necesidades y proporcionarle los cuidados generales que necesita durante su ingreso hospitalario.

Todos estos cuidados sirven para mejorar su bienestar y confort, así como para mejorar su estado de salud. Por todo ello la labor del TCAE resulta fundamental ya que junto al resto del equipo multidisciplinar colabora en la recuperación del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 197

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UNA ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO

ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ

MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES

OSCAR ORTEGA PINEDO

TERESA CARBONERAS NAVALON

1 Introducción

Una úlcera de pie diabético es una lesión cutánea o herida abierta que se desarrolla comúnmente en los pies de las personas con diabetes. Estas úlceras son el resultado de una combinación de factores, incluyendo el daño a los nervios (neuropatía diabética) y la mala circulación sanguínea en los pies, lo que reduce la capacidad del cuerpo para curar las heridas de manera efectiva.

Los nervios dañados en las personas con neuropatía diabética pueden hacer que pierdan la sensación en los pies o que la sensación esté disminuida. Esto significa que pueden no darse cuenta de una herida, ampolla o abrasión en el pie hasta que se vuelva una úlcera abierta. Además, la mala circulación sanguínea dificulta que

el cuerpo lleve suficiente sangre y oxígeno a la zona lesionada, lo que retarda el proceso de curación.

Las úlceras de pie diabético son un problema grave porque pueden convertirse en infecciones profundas que pueden llevar a complicaciones graves, como la gangrena. Si no se tratan adecuadamente, las infecciones pueden extenderse a los tejidos circundantes y, en casos graves, pueden requerir la amputación del pie o de parte de la pierna.

Las úlceras de pie diabético son causadas por una combinación de factores, principalmente relacionados con la diabetes y sus efectos en el cuerpo.

2 Objetivos

Explicar las funciones del TCAE en el manejo de las úlceras de pie diabético.

3 Metodología

La metodología llevada a cabo se ha basado en la consulta de variadas páginas webs, base 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

Las úlceras de pie diabético pasan por varias etapas o fases a medida que se desarrollan y progresan. Estas etapas se utilizan para evaluar la gravedad de la úlcera y guiar el tratamiento adecuado. Las etapas más comunes en la clasificación de las úlceras de pie diabético son las siguientes:

- Etapa 0: En esta etapa, no hay úlcera visible, pero pueden existir factores de riesgo, como neuropatía, deformidades en el pie o problemas circulatorios. La prevención es fundamental en esta etapa para evitar que se desarrolle una úlcera.

Etapa 1: Se forma una úlcera superficial en la piel, generalmente en áreas de alta presión, como la planta del pie. La úlcera puede ser dolorosa y estar rodeada de piel enrojecida o inflamada.

Etapa 2: La úlcera se profundiza y afecta a capas más profundas de la piel y el

tejido subcutáneo. Puede haber un aumento en el dolor y en la inflamación alrededor de la herida. Esta etapa a menudo se asocia con infección.

Etapa 3: La úlcera progresa aún más y afecta tejidos más profundos, como músculos, tendones o huesos. Puede haber una destrucción significativa de los tejidos circundantes. Las infecciones son más graves en esta etapa.

Etapa 4: En esta etapa avanzada, la úlcera es profunda y se produce una gangrena localizada. Los tejidos están gravemente dañados, y existe un alto riesgo de amputación.

El tratamiento de una úlcera de pie diabético depende de la gravedad de la úlcera y puede variar de persona a persona. En general, el tratamiento tiene como objetivos principales promover la cicatrización de la úlcera, prevenir infecciones y evitar complicaciones graves como la amputación. Los tratamientos comunes para las úlceras de pie diabético incluyen:

- Cuidado de la herida: Esto implica mantener la úlcera limpia y protegida. El médico o el profesional de la salud pueden limpiar la úlcera y aplicar apósitos especiales para heridas. El cambio regular de apósitos es esencial para prevenir infecciones.
- Control de la infección: Si la úlcera se ha infectado, se pueden prescribir antibióticos orales o intravenosos para tratar la infección.
- Desbridamiento: En algunos casos, es necesario eliminar el tejido muerto o dañado de la úlcera para facilitar la cicatrización. Esto se hace a través de un procedimiento llamado desbridamiento, que puede ser mecánico, quirúrgico o con enzimas.
- Alivio de la presión: Para permitir que la úlcera cicatrice, es importante reducir la presión sobre la zona afectada. Esto puede lograrse mediante el uso de calzado especializado, almohadillas y dispositivos de alivio de presión.
- Control de la glucosa en sangre: Mantener niveles de glucosa en sangre dentro de un rango objetivo es esencial para mejorar la circulación y la capacidad del cuerpo para cicatrizar. Se pueden ajustar medicamentos y la insulina según sea necesario.
- Mejora de la circulación sanguínea: En casos de mala circulación, se pueden utilizar técnicas como vendajes compresivos o procedimientos médicos para des-

obstruir arterias y mejorar el flujo sanguíneo.

- Educación y autocuidado: Es fundamental que las personas con úlceras de pie diabético reciban educación sobre cómo cuidar adecuadamente sus pies, incluyendo la limpieza diaria, la inspección regular para detectar cambios y el uso de calzado adecuado.
- Cirugía: En casos graves o si hay una amenaza de propagación de la infección, puede ser necesario realizar cirugía para eliminar tejido infectado o dañado.
- Seguimiento médico: Las personas con úlceras de pie diabético requieren un seguimiento médico continuo para monitorear el progreso de la cicatrización y ajustar el tratamiento según sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que las personas con diabetes cuiden sus pies de manera regular y se sometan a un seguimiento médico constante para detectar y tratar las úlceras de pie diabético a tiempo. Esto suele incluir el control regular de la glucosa en sangre, el cuidado adecuado de los pies, como mantenerlos limpios e hidratados, usar calzado adecuado y acolchado, y buscar atención médica inmediata ante cualquier signo de lesión o infección en los pies. La prevención y el manejo adecuado de las úlceras de pie diabético son esenciales para evitar complicaciones graves.

El tratamiento de una úlcera de pie diabético suele ser un proceso multidisciplinario que involucra a médicos, enfermeros especializados en heridas, podólogos, TCAE y otros profesionales de la salud. El enfoque principal es prevenir complicaciones graves, como la amputación, y mejorar la calidad de vida de la persona con diabetes.

6 Bibliografía

<https://ulceras.net/monografico/97/83/pie-diabetico-tratamiento.html>
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000077.htm>
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-el-pie-diabetico-13044043>
<https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/pie-diabetico>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000200006

Capítulo 198

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA ATENCIÓN A PACIENTES CON DESÓRDENES ALIMENTICIOS

MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA CON-
SUEGRA

MARIA DEL CARMEN MAROTO MARCOTE

ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ

MERCEDES MADRID MONREAL

LUCIA RAMOS ADEVA

1 Introducción

Podemos hablar de trastorno en la conducta alimentaria cuando existe una anomalía en la ingesta alimentaria, con la consiguiente bajada de peso que, además, se produce de forma excesiva.

Existen trastornos menores: pica, trastorno por evitación y/o restricción de la ingesta de alimentos, síndrome del comedor nocturno, etc.

El trastorno de la conducta alimentaria (TCA) suele asociarse a problemas psicológicos, cuando una persona ingresa en planta recibe tratamiento psicológico

y psiquiátrico, ya que a nivel psíquico pueden aparecer trastornos depresivos, obsesivo-compulsivo, ansiedad y episodios micro psicóticos.

Estas terapias se llevan a cabo tanto de forma individual como con la familia, ya que se intenta integrar a la familia de forma activa.

A nivel somático podemos encontrar complicaciones digestivas en el tracto superior e inferior; alteraciones endocrinas, diabólicas, renales, osteoporosis, etcétera.

Los trastornos alimenticios más frecuentes son la anorexia y la bulimia nerviosas, en las últimas décadas afecta en torno al 1% y 3% en mujeres jóvenes.

Se desconoce cuál puede ser la causa, aunque sí hay estudios que relacionan el aumento de casos con el estilo de vida actual, en redes sociales, televisión, y todo lo que tenga que ver con el aspecto físico y la apariencia.

El primer caso documentado se da en 1874, se refieren a una forma peculiar de enfermedad producida casi siempre en mujeres jóvenes y que se caracteriza por una ausencia de apetito.

El diagnóstico de estas patologías se hace a través de un examen físico, con el que se descartan otras causas médicas con los problemas de alimentación, también se realiza una evaluación de salud mental y otra serie de estudios que buscan relacionar los problemas alimenticios con otras complicaciones.

2 Objetivos

Exponer aspectos básicos de lo que se considera un trastorno de la conducta alimentaria, explicando qué es, las consecuencias que puede tener y los cuidados hospitalarios que reciben del personal TCAE.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo hemos visitado varias publicaciones en Internet a través del buscador Google Académico, la base de datos PubMed y temarios específicos de la categoría de técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Además, hemos tenido oportunidad de entrevistar a una persona que superó el trastorno.

4 Resultados

La planta destinada a la recuperación de los pacientes con trastorno alimentario, suele estar aislada o con acceso restringido. Los pacientes que están ingresados no tienen acceso a teléfonos ni a ningún tipo de comunicación con el exterior, por esto el TCAE juega un papel muy importante en la recuperación de estos pacientes, ya que les ayuda a llevar día a día sus rutinas diarias.

El TCAE y es el encargado de suministrar el alimento (con supervisión de la enfermera) a estos pacientes, debe asegurarse de la cantidad que ingieren en cada comida, centrándose especialmente en el Patrón Nutricional-Metabólico, según Marjory Gordon; dentro de este patrón debe evaluarse el índice de masa corporal, los hábitos y conductas de la ingesta y los conocimientos que tiene el paciente sobre una ingesta saludable.

También puede ayudarles con el aseo, ir a higiene corporal en general. Suelen tener la piel seca y deshidratada, sobre todo las personas con un trastorno de bulimia, ya que al provocarse el vómito también se deshacen de los líquidos esenciales para la hidratación del cuerpo.

El TCAE debe observar los cambios que pueda tener en el cuerpo el paciente, así como marcas de autolesión.

En pacientes con TCA está desaconsejado que se tomen el peso, pero cuando están ingresados en planta debe haber un control riguroso del mismo, ya que cuando están en esta situación es porque el peso es inferior a 45 kg. Kilos

El TCAE es el encargado de tomar el peso todos los días a la misma hora. También se encargará de que la ropa tanto de la cama como del propio paciente esté limpia y el paciente se sienta confortable.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que están en esta planta deben tener una empatía especial y paciencia con estos pacientes, ya que su propia patología deriva en otras y la recuperación es larga, además, los pacientes tendrán recaídas y baja autoestima.

En general, las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería son el control de la ingesta alimentaria, ayuda a la higiene, hidratación de la piel, control de peso... Se encargará de proporcionar el mayor confort posible al paciente y sobre todo debe ser un apoyo para superar este trastorno.

5 Discusión-Conclusión

En general, los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tienen un alto porcentaje de recuperación, aunque la mortalidad en este tipo de pacientes puede ser temprana, ya que muchos de ellos recurren al suicidio.

El personal de enfermería desarrolla un papel muy importante a la hora de la detección precoz de estos trastornos y a lo largo del tratamiento.

Los pacientes que están ingresados en una planta hospitalaria necesitan mucho apoyo emocional, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería son la parte del personal del equipo de enfermería que más tiempo pasará con estos pacientes. Ayudándoles en todas las rutinas diarias, y tomándoles el peso, esta acción provoca en algunos pacientes ansiedad y estrés, ya que van ganando peso.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-trastornos-alimenticios/>

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-trastornos-alimenticios/>

<https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/trastornos-alimenticios-prevenir-diagnosticar-y-tratar#>

Capítulo 199

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA

MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ

VANESA MARTIN CASASOLAS

MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO

1 Introducción

El campo de la medicina, conocido como geriatría, se centra en los aspectos sociales, clínicos y preventivos de las enfermedades que afectan a las personas mayores, y su principal objetivo es detener y revertir la pérdida de autonomía, a la que estas personas son particularmente vulnerables.

La Geriatría es una especialidad hospitalaria y, como el resto de las especialidades médicas que se ubican en el hospital, su sentido es que tenga la dotación y los recursos propios dentro del mismo. Lo contrario es maleficente y discriminatorio para la persona mayor. Este argumento parece obvio, además de fácilmente entendible, en uno de los países más envejecidos del mundo.

La geriatría se diferencia de otras especialidades médicas porque trata a un tipo particular de paciente con características únicas, por lo que la especialidad cuenta con su propia tecnología. Esta tecnología no se basa en instrumentaciones mecánicas, sino en una sistemática propia de trabajo que marca la diferenciación de la geriatría con otras especialidades.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es aquel profesional que presta cuidados sociosanitarios básicos a las personas mayores que necesitan asistencia especial en las tareas diarias. También desempeñan un papel crucial en nuestra sociedad porque apoyan emocionalmente a nuestras personas mayores.

Por ello, el TCAE es uno de los profesionales sanitarios que más tiempo pasa en contacto con los pacientes de esta unidad, cuidando y atendiendo todas sus necesidades básicas. Además de los cuidados básicos, deberá dar respuesta y cubrir todas las esferas del paciente con edad avanzada, tanto a nivel psíquico, físico y social

2 Objetivos

-Conocer y describir las principales funciones del TCAE en la unidad de geriatría.

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 geriatría; 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

El TCAE atiende a un sector de la población específica, las personas mayores, con una problemática y patología específica. Por ello, ofrece una atención especializada acorde con esta población. Además, promueve la salud y el bienestar de las personas mayores, ofrece apoyo a los familiares o a las personas del entorno cercano y trabaja junto a otros profesionales para alcanzar los objetivos.

El TCAE que orienta su profesión al área geriátrica o también llamados auxiliares de geriatría, realizan una serie de funciones fundamentales para el adecuado bienestar de las personas mayores.

Las funciones pueden variar según las necesidades que presente la persona mayor, puesto que habrá casos en los que el paciente es capaz de llevar a cabo su propia higiene, mientras que en otros casos no. Entre las principales tareas que lleva a cabo el TCAE destacan las siguientes:

- Se ocupa de levantar y acostar a los pacientes de la cama.
- Aplicar cremas, apósitos o realizar curas. Cuidado de la piel.
- Informar a los familiares sobre su estado.
- Lleva a cabo tareas relacionadas con la higiene personal donde se incluye la propia higiene corporal, es decir, la ducha. Pero, también se encarga de afeitar (cuando sea necesario), así como de la propia higiene bucal del paciente.
- Reciben la comida, la colocan en las mesas y se ocupan de dar de comer a los pacientes que lo requieran. Además, vigilan y supervisan que coman.
- Aplicación de enemas.
- Lleva a cabo cambios posturales cada cierto tiempo, al igual que del cambio de pañales.
- Informa sobre las distintas incidencias que puede observar en su jornada laboral.
- Ayudar al equipo médico y de enfermería durante el transcurso de determinados procedimientos, preparando el equipamiento sanitario necesario (tanto material como el equipo de protección individual) y prestando su asistencia durante el desarrollo de este.

5 Discusión-Conclusión

El envejecimiento de la población mundial es un fenómeno visible y diversas organizaciones internacionales predicen que también será una tendencia que se intensificará en las próximas décadas. De esta forma, el bienestar de las personas mayores es un tema que preocupa cada vez más a la sociedad.

Debido a que necesitan cuidados especiales, las personas mayores deben recibir asistencia cercana en la unidad de geriatría.

En este contexto, el TCAE resulta clave, ya que puede educar y enseñar a la persona mayor y aplicar sus conocimientos para una rápida recuperación, independientemente de su condición, por lo que, con su asistencia, ayuda al mayor a ser autosuficiente. Como resultado, al trabajar con el resto del equipo multidisciplinar, el TCAE brinda a las personas mayores una atención integral y de alta calidad, permitiendo acelerar la rehabilitación y recuperación de los pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 200

FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CON ALZHEIMER

CELIA ROSA LORENZO PÉREZ

MARÍA AMPARO MARTÍN PALACIOS

MARIA GLORIA MARTÍNEZ POZO

RAQUEL ESCRIBANO LUCAS

LAURA IGLESIAS LOPEZ

1 Introducción

Se denomina Alzheimer a una enfermedad que es neurodegenerativa produciendo la pérdida progresiva de neuronas, provocándole al sistema nervioso que no funcione con total normalidad, va destruyendo lentamente la memoria, la capacidad para pensar y las habilidades para poder realizar las actividades del día a día. El Alzheimer altera la conducta de la persona que padece esta enfermedad y también su personalidad. Dicha enfermedad afecta a personas mayores de 65 y mayormente a mujeres. No existe cura para el alzhéimer, puesto que es una enfermedad que termina poco a poco con las neuronas, considerándose una enfermedad terminal. En toda enfermedad existen diferentes tipos de

riesgos en este caso estaríamos hablando de; una edad avanzada, historial familiar, síndrome de Down, los síntomas más comunes normalmente son; pérdida de memoria a corto y largo plazo, alteración en el lenguaje, desorientación, cambios en la personalidad y la conducta, padecer depresión etc. Existen diferentes fases en el Alzheimer, las cuales son: 1. Demencia inicial, 2. Demencia moderada y 3. Demencia severa. Nuestros pacientes que padecen de alzhéimer no reconocen a sus familias, pero tienen y conservan su memoria emocional, con esto me refiero que aunque no sepa quiénes somos o quienes son sus familiares el cariño que le podemos transmitir de las personas que les cuidamos sí que nos recuerdan y se sienten arropados aunque no sepan quiénes somos 100%, el humor de nuestros pacientes suelen cambiar de un momento a otro, lo mismo están felices, como que se ponen a llorar, se enfadan, se ponen agresivos, no controlan esfínteres y si la enfermedad está muy avanzadas se les olvida andar, comer y beber e incluso hablar. La vida estimada para pacientes con alzhéimer suelen rondar entre los 8 y 10 años.

2 Objetivos

- Describir y desarrollar todas las funciones que realiza el TCAE o auxiliar de enfermería en el servicio de cuidados a estos pacientes con Alzheimer.
- Resaltar toda la importancia de este profesional sanitario en la atención de los pacientes que precisan de este servicio de cuidados con dicho problema neurodegenerativo.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los cuidados de los pacientes con Alzheimer por parte de los auxiliares de enfermería o TCAE son los siguientes: *EN EL ÁMBITO DE LA HIGIENE

Se realizará respetando la intimidad del paciente y prestando mucha atención en uñas y pies, si es en las primeras fases de la enfermedad se intentará fomentar la autonomía del paciente ayudando a este solo cuando sea necesario. *EN EL ÁMBITO DE LA ALIMENTACIÓN

Se les proporcionará a estos enfermos una dieta equilibrada y según la fase de la enfermedad en la que se encuentren estos, los platos y cubiertos deben de ser irrompibles y estos últimos con un mango más grueso de lo normal para su correcta sujeción. Se les debe dar de comer en una posición sentada.

*EN EL ÁMBITO DE LA INCONTINENCIA

En estos pacientes es habitual que surjan problemas de incontinencia, con lo que el control de esfínteres se hace fundamental y deberán tomarse las medidas necesarias para mantener la piel seca de estos pacientes, ya que mucho tiempo en contacto con los orines puede provocarles dermatitis. Se debe realizar una exploración intensiva para evitar que cuando se le coloquen los pañales presenten úlceras por presión (UPP).

Limitar la toma de agua o líquidos excesiva antes de dormir. Es recomendable que estos pacientes se acostumbren a ir al baño y orinar antes de acostarse y cuando se despierten, siempre teniendo en cuenta en la fase de la enfermedad en la que se encuentren (siempre normalmente esto se hará en la fase inicial).

*EN EL ÁMBITO DE LA MOVILIDAD

A medida que la enfermedad avanza, se produce también una disminución de la movilidad. Las personas con Alzheimer no pueden llevar a cabo la misma actividad física que antes solían realizar de manera independiente, por lo que los TCAE deberán ayudarlos a mantenerla. Para andar, los auxiliares de enfermería les explicarán que separen un poco los pies

(pues así mantendrán mejor el equilibrio y evitaremos una posible caída), que los levanten en lugar de arrastrarlos (doblando ligeramente las rodillas) y que al pisar apoyen primero el talón para continuar con la punta del pie. Cuando el paciente con Alzheimer ya no puede andar solo, se recomienda el uso de un bastón o un andador. Con el bastón, la mano que apoya deberá estar a nivel de la cadera y, al andar, el brazo que lleva el bastón ha de avanzar al mismo tiempo que la pierna contraria. En caso de utilizar un andador, el apoyo de las manos sobre los mangos de este debe ser completo, no dejando una distancia superior a los 30-40 centímetros entre el andador y la persona.

5 Discusión-Conclusión

La importancia que supone el personal de TCAE o auxiliar de enfermería es tal en la atención de pacientes con Alzheimer, que este colabora con las actividades que hacen más fácil y sencillas las tareas de los familiares afectados con una persona con dicha enfermedad, algo muy importante ayudar a los familiares y a la misma persona con dicho problema neurodegenerativo. Comentar como conclusión que esta enfermedad está proliferando de manera muy rápida en todo el mundo y en personas, incluso a partir de los 40 años (algo muy inusual), ya que esta enfermedad suele comenzar a partir de los 60 años.

6 Bibliografía

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

Capítulo 201

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DE DRENAJES

MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES

MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

OSCAR ORTEGA PINEDO

ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ

TERESA CARBONERAS NAVALON

1 Introducción

Los drenajes a nivel hospitalario son dispositivos médicos utilizados para evacuar fluidos, como sangre, secreciones, pus o exudados, de una herida quirúrgica o de una cavidad corporal después de una cirugía o un procedimiento médico. Estos drenajes son esenciales en el proceso de recuperación de los pacientes para prevenir la acumulación de líquidos, reducir la posibilidad de infecciones y facilitar la cicatrización adecuada.

Los drenajes son cuidadosamente gestionados por el personal médico y de enfermería. El líquido drenado se recoge en bolsas o frascos estériles y se registra cuidadosamente para evaluar la cantidad y el tipo de fluido evacuado, lo que puede ayudar en el seguimiento de la recuperación del paciente y en la detección

de posibles complicaciones. Es importante que estos dispositivos se mantengan limpios y funcionando correctamente para garantizar una recuperación segura y efectiva del paciente.

Los TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) son esenciales en el cuidado y seguimiento de los drenajes, ya que contribuyen a garantizar la eficacia del tratamiento, la prevención de complicaciones y la comodidad y seguridad del paciente. Trabajan en estrecha colaboración con el equipo de enfermería y médico para proporcionar una atención integral y de alta calidad a los pacientes que requieren drenajes.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de evacuar fluidos no deseados y prevenir complicaciones después de cirugías y procedimientos médicos.
- Describir las funciones del TCAE en el cuidado de drenajes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Hay drenajes de diferentes tipos utilizados en entornos hospitalarios:

- Drenajes quirúrgicos: Se colocan en el área de la incisión quirúrgica para evacuar sangre, suero y otros fluidos que pueden acumularse después de una cirugía. Estos drenajes suelen consistir en tubos delgados y flexibles conectados a bolsas colectoras.
- Drenajes de tórax: También conocidos como tubos de toracostomía, se utilizan para drenar aire, sangre o líquido del espacio pleural alrededor de los pulmones. Estos drenajes son comunes en casos de cirugía torácica, trauma torácico o enfermedades pulmonares.
- Drenajes de abdomen: Se utilizan para drenar líquido o pus del abdomen después de cirugías abdominales o en casos de infecciones intrabdominales.

- Drenajes de vejiga: Se utilizan en casos de cirugía urológica o traumatismos para drenar la orina de la vejiga.
- Drenajes de heridas: En heridas profundas o infectadas, se pueden utilizar drenajes para eliminar fluidos y promover la limpieza y cicatrización de la herida.
- Drenajes de abscesos: En casos de abscesos (acumulación de pus) en el cuerpo, se pueden utilizar drenajes para evacuar el pus y permitir que la infección se drene y se cure.

Los TCAE desempeñan un papel fundamental en el cuidado y seguimiento de los drenajes en un entorno de atención médica. Su contribución es esencial para garantizar la salud y la seguridad de los pacientes que requieren drenajes. Aquí hay algunas de las razones por las cuales los TCAE son importantes en este contexto:

- Vigilancia constante: Los TCAE son responsables de monitorear de manera regular y continua los drenajes y las áreas circundantes. Esto implica observar el color, la cantidad y la consistencia de los líquidos drenados, así como la condición de la piel y la herida en caso de drenajes quirúrgicos. La detección temprana de cambios en el drenaje o signos de complicaciones es crucial para la atención del paciente.
- Mantenimiento y cuidado de los dispositivos: Responsables de garantizar que los dispositivos de drenaje estén en buen estado y funcionando correctamente. Esto incluye el vaciado adecuado de las bolsas colectoras, la limpieza de los dispositivos según las pautas de asepsia y antisepsia, y la verificación de que los sistemas de drenaje no tengan obstrucciones.
- Prevención de infecciones: El manejo inadecuado de los drenajes puede aumentar el riesgo de infecciones. Los TCAE deben seguir estrictos protocolos de higiene y control de infecciones al interactuar con los drenajes y las áreas circundantes, minimizando así el riesgo de contaminación y la propagación de infecciones.
- Registro y documentación: Los TCAE registran y documentan cuidadosamente la información relevante sobre los drenajes, como la cantidad y el tipo de fluidos drenados, cualquier cambio en la condición del paciente y las intervenciones realizadas. Esta documentación es esencial para llevar un seguimiento adecuado de la evolución del paciente y comunicar información relevante al equipo médico.
- Apoyo al paciente: Los TCAE también desempeñan un papel importante en la educación y el apoyo al paciente. Explican al paciente y a sus familiares cómo cuidar los drenajes en casa, qué signos de alerta deben vigilar y a quién contactar en caso de preocupaciones.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de los drenajes en los pacientes es innegable, ya que desempeñan un papel fundamental en la recuperación exitosa después de cirugías y procedimientos médicos. Los drenajes son necesarios por varias razones, incluyendo la evacuación de fluidos no deseados, la prevención de infecciones, la promoción de la cicatrización, el alivio del dolor y el monitoreo de la evolución clínica. Su presencia puede marcar la diferencia entre una recuperación sin complicaciones y una potencialmente riesgosa.

Los TCAE juegan un papel crítico en el cuidado de estos dispositivos, contribuyendo a la prevención de complicaciones, al bienestar del paciente y a la eficacia del tratamiento médico en general. Su capacitación y experiencia son invaluable en el entorno de atención médica.

6 Bibliografía

- <https://www.cityofhope.org/sites/www/files/2022-06/drain-care-patient-education-booklet-spanish.pdf>
- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-profesional-de-enfermeria-en-los-cuidados-de-drenajes/>
- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-profesional-de-enfermeria-en-los-cuidados-de-drenajes/>
- https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rd9_control_cuidado_drenajes_quirurgicos.pdf
- <https://revistamedica.com/cuidados-tcae-drenajes/>
- <https://revistamedica.com/tipos-drenajes-funciones-tcae/>

Capítulo 202

LAS HERIDAS FORMADAS POR EL ENCAMAMIENTO PERMANENTE DE LOS PACIENTES Y EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

CELIA ROSA LORENZO PÉREZ

MARÍA AMPARO MARTÍN PALACIOS

MARIA GLORIA MARTÍNEZ POZO

RAQUEL ESCRIBANO LUCAS

LAURA IGLESIAS LOPEZ

1 Introducción

Para responder a la determinación de las heridas a presión (UPP), hay muchos cambios que ha experimentado en toda su historia, observando su diversidad en una carpeta, basada en la determinación. Primer significado

John Shi en 1975, donde dio una úlcera por el título "todas las lesiones causadas por cada presión continua que causan daños en el tejido principal". Después de muchas actualizaciones (más tarde, realizada en 2009

Tabla de consultoría de GNOPP para el almacenamiento de gas (EPUAP) (Grupo Nacional Tidio y consejos de alabanza y heridas crónicas) propuso la definición

de UPP como "falla en la piel y/debajo del tejido principal por el tipo de hueso. Resultado de la presión o presión combinada con los cambios de engranaje. Ocasionalmente también pueden aparecer en tejidos blandos expuestos a la presión externa de diversos materiales o dispositivos clínicos. Las úlceras por presión se desarrollan en cuatro etapas: desde la etapa I más leve (piel intacta con manchas rojas) hasta la etapa IV más grave.

(pérdida de espesor total del tejido que expone huesos, tendones o músculos). Actualmente, la escala más utilizada para evaluar y predecir es la escala de Braden-Bergström, que evalúa 7 puntos: percepción sensorial, humedad de la piel, actividad física y movilidad de los músculos del cuerpo, nutrición, fricción y riesgo de lesiones). Los principales factores de riesgo para el desarrollo de RAM son: edad (mayores de 60 años), obesidad o desnutrición, características de la piel, trastornos motores o sensoriales, cambios en la eliminación de toxinas del cuerpo, inmovilidad prolongada y movilidad reducida. función del cuerpo. sistema inmunológico o circuitos periféricos y cambios en la conciencia.

2 Objetivos

Proporcionar e indicar a los profesionales sanitarios, teoría y práctica para la atención y prevención de las úlceras por presión.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La actuación de enfermería se resume en valoración, prevención y tratamiento. La valoración se trata de analizar y evaluar el riesgo de padecer UPP. Para ello, se suelen utilizar varios tipos de escalas, con ellas se valoran el estado integral del paciente, la lesión y sus cuidados. Se suelen realizar en el ingreso de un paciente y de forma periódica cuando haya una reevaluación. Ejemplos de estas escalas

son, la de Norton (contiene 5 parámetros, cuanto menos puntuación, tendrá más riesgo de aparición), y la Braden (cuenta con 6 subescalas, al igual que la Norton, cuanto menos puntuación mayor será el riesgo). La prevención debe de ser continua, organizada y sistemática teniendo en cuenta: la valoración de la piel, especialmente sobre las zonas de riesgo, cuidados de higiene adecuados a cada paciente, se pueden utilizar protectores de la piel (por ejemplo, aceites hiperoxigenados), evitar el exceso de humedad, colonias, arrugas en la cama. El TCAE se encargará de realizar los cambios posturales individualizados cada 2-3 horas aproximadamente, según su necesidad, durante las 24 horas del día. Fomentará la movilización activa (la hace el paciente) y la pasiva (la hace el profesional o familiar). Para ayudar a la correcta alineación, colocación y acomodación del paciente se suelen utilizar almohadas a la hora de realizar estos cambios posturales (decúbito supino, lateral izquierdo, derecho y prono, también se puede utilizar la posición de Fowler o la sedestación, siempre y cuando no estén contraindicadas). La utilización de dispositivos para aliviar la presión son también muy eficaces: apósitos anatómicos, cojines, taloneras, botas, manoplas, colchones de reemplazo o sobrecolchones alternantes de aire camas fluidificadas, cama Rotor-est Clinitron (esferas fluidificadas), cama Gatch o de sedestación, etc. En cuanto al tratamiento, si se encuentra alguna lesión, se trata de mejorar la viabilidad del tejido blando, promover su cicatrización y evitar su extensión e infección. Por lo tanto, lo primero que se debe hacer es limpiar la herida (del centro hacia afuera, para no contaminarla), después se procederá al desbridamiento (quirúrgico, enzimático, autolítico, osmótico o mecánico). Este procedimiento será realizado por el personal de enfermería con la colaboración si es necesaria del TCAE

5 Discusión-Conclusión

Lo más importante a tener en cuenta sobre este tema, sería la gran importancia que tiene la prevención. Mantener la integridad de la piel en los pacientes evitaría toda una serie de consecuencias negativas para este, más lesiones, más curación, más tiempo en el hospital, más complicación de su patología, y más coste para el sistema sanitario. El TCAE, está relacionado con la realización de las necesidades básicas en los pacientes que lo necesiten, por lo tanto se convierten en pieza fundamental a la hora de la observación y cuidados en el día a día de estos. Ello implica, que se tenga en cuenta su criterio a la hora de tomar decisiones del equipo interdisciplinar.

6 Bibliografía

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

Capítulo 203

CUIDADOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A UN PACIENTE CON ALIMENTACIÓN CON SONDA NASOGÁSTRICA

MARÍA AMPARO MARTÍN PALACIOS

MARIA GLORIA MARTÍNEZ POZO

RAQUEL ESCRIBANO LUCAS

LAURA IGLESIAS LOPEZ

CELIA ROSA LORENZO PÉREZ

1 Introducción

La buena alimentación es uno de los hábitos más importantes para gozar de salud, tanto física como mentalmente y llegar a tener una buena calidad de vida. La alimentación por sonda, también llamada alimentación enteral, es el suministro de nutrientes directamente en el tubo digestivo mediante una sonda, la cual se coloca directamente en el estómago, el duodeno o el yeyuno a través de la nariz, la boca o mediante vía percutánea directa.

La sonda Nasogástrica es un tubo de plástico fino que se introduce a través de la nariz, pasando por el esófago, llegando siempre al estómago. Su uso es bien

para administrar medicamentos, líquidos o alimentos líquidos o bien para la extracción de sustancias del estómago. No existe ningún tipo de polémica en la utilización de la sonda en los casos que el paciente necesita en un momento dado su uso. Niños prematuros, Casos graves de desnutrición, Drenar contenido del estómago. Trastornos metabólicos y gastrointestinales, Disfagia, Ciertas enfermedades mentales que en un tiempo limitado la precisan. Otras enfermedades que impiden o dificultan la alimentación oral, recordando que la Sonda Nasogástrica sirve para alimentar a los pacientes que presentan dificultades para masticar o tragar los alimentos, pero no para digerirlos. Siempre con una duración relativamente limitada y siempre por indicación de un profesional.

2 Objetivos

Exponer e indicar el papel del TCAE ante la alimentación por sonda nasogástrica de los pacientes.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Antes de iniciar la alimentación por sonda, es importante sentar al paciente o levantar la espalda con una almohada para evitar que el alimento pueda volver a la boca o lleguen a los pulmones. Una vez hecho esto, tenemos unos pasos a seguir.

- 1º Colocar un paño debajo de la sonda para proteger la cama o al paciente de posibles restos de comida que puedan caer de la jeringa.
- 2º Doblamos la sonda y apretamos bien para evitar que entre aire en el tubo, retiramos el tapón y lo ponemos sobre el paño.
- 3º Insertamos la punta de la jeringa de 100 en la sonda y aspiramos contenido gástrico. Si se saca más de la mitad de la comida anterior (100 ml aprox.) se re-

comienda alimentar a la persona más tarde. Este contenido siempre tiene que ser devuelto al estómago.

4º Doblar de nuevo la sonda y apretar bien para retirar la jeringa y colocar el tapón antes de desdoblarla para evitar la entrada de aire en el tubo.

5º Llenar la jeringa con los alimentos, volver colocar la punta de la jeringa en la sonda doblándola antes de retirar el tapón para evitar la entrada de aire. Los alimentos no deben estar ni muy calientes ni muy fríos y junto a ellos también puede administrarse medicamentos.

6º Desdoblar la sonda y apretar poco a poco el émbolo de la jeringa para ir introduciendo la alimentación, (aproximadamente 100 ml en 3 minutos) para evitar que los alimentos entren demasiado rápido en el estómago. Repetir este proceso hasta acabar con toda la comida doblando y tapando la sonda. Después es importante lavar la jeringa e introducir agua para lavar la sonda y evitar que se obstruya.

5 Discusión-Conclusión

La administración enteral es una forma agresiva de apoyo nutricional que tiene un alto coste personal y económico, por lo que hay que establecer una correcta indicación, así como una adecuada elección de fórmula, vía y método de administración. La alimentación por sonda nasogástrica es un proceso fácil, pero hay que tener algunos cuidados para evitar que la sonda se salga de lugar y evitar que los alimentos puedan llegar a los pulmones. La formación del personal en este campo es imprescindible para la buena realización de los cuidados. Es importante el cuidado diario de la sonda, la vigilancia de la zona y la forma de administración de la alimentación para evitar problemas futuros.

6 Bibliografía

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

Capítulo 204

HERIDAS EN EL MEDIO HOSPITALARIO

MARÍA DEL CARMEN LLENIN RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las heridas en el medio hospitalario se refieren a aquellas lesiones que ocurren dentro de un entorno hospitalario, ya sea como resultado de accidentes, procedimientos médicos o negligencias

Las heridas relacionadas con el cuidado de la salud pueden incluir úlceras por presión (llagas por decúbito), heridas quirúrgicas, heridas asociadas a catéteres intravenosos, heridas por accidentes durante la atención médica, entre otros.

Las heridas quirúrgicas y las úlceras por presión son las más comunes en el medio hospitalario.

Las heridas pueden ser sufridas no solo por los pacientes, sino también por el personal, por circunstancias diversas como maniobras de traslados, traumatismos accidentales, exposición a productos químicos... Es importante tomar medidas preventivas para reducir al mínimo la incidencia de las setas heridas y proteger la seguridad y el bienestar tanto de los pacientes como del personal sanitario.

Los hospitales y las instituciones de salud implementan protocolos y directrices para reducir la incidencia de las heridas relacionadas con la atención médica, incluyendo la promoción de medidas de higiene y control de infecciones, el uso adecuado de equipos y dispositivos médicos, así como la aplicación de protocolos de cambio de posición y cuidados de la piel.

El monitoreo y la documentación de las heridas en el medio hospitalario son fundamentales para evaluar la efectividad de las medidas preventivas y para mejorar continuamente la calidad de la atención médica. Además, la formación y ed-

ucación del personal sanitario sobre la prevención y el manejo de las heridas también juegan un papel crucial en la reducción de su incidencia en el entorno hospitalario.

Algunas medidas para prevenir las heridas en el medio hospitalario incluyen:

- * Cumplir con las normas de higiene y control de infecciones, como el lavado de manos adecuado y uso de barreras protectoras (guantes, mascarilla, bata...) tanto por parte del personal sanitario como de los pacientes.
- * Proporcionar una formación adecuada al personal sanitario sobre técnicas de manejo seguro al paciente y el uso de equipos médicos.
- * Utilizar dispositivos y técnicas adecuadas para evitar las lesiones de la piel durante los procedimientos médicos, como catéteres intravenosos, tubos endotraqueales o dispositivos de monitorización
- * Mantener un entorno limpio y ordenado para prevenir las caídas y otros accidentes.
- * Realizar evaluaciones de riesgos periódicos y desarrollar planes de cuidado individualizado con mayor riesgo de desarrollar heridas.

En caso de que una herida ocurra, es fundamental tomar medidas inmediatas para limpiar la herida, controlar cualquier sangrado y aplicar apósitos estériles para prevenir infecciones.

En casos más graves, se puede requerir suturas o incluso cirugías para tratar la herida adecuadamente.

2 Objetivos

- Describir tipos de heridas que nos podemos encontrar en el medio hospitalario, en el desempeño de nuestro trabajo diario, como Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica existente, realizando una búsqueda sistemática de libros y revistas, recogiendo aquellas en las que se trata el tema de nuestro estudio. Se han consultado bases de datos Scielo, Medline y Pubmed, al igual que bibliotecas electrónicas.

4 Resultados

La prevención de las heridas es fundamental en el entorno hospitalario para garantizar la seguridad y el bienestar de todos los involucrados.

Las heridas pueden ocurrir debido a factores como: la falta de capacitación del personal, errores de manipulación del instrumental médico o la falta de atención adecuada al paciente.

Las heridas en el medio hospitalario pueden tener graves consecuencias como infecciones, complicaciones en la salud de los pacientes y un aumento en los costes de atención médica.

Es necesario tener un sistema de comunicación y registro de heridas que permitan identificar y analizar las causas que hay detrás de estos incidentes para así implementar medidas de prevención.

La educación continua y la capacitación en seguridad hospitalaria son fundamentales para evitar heridas y garantizar prácticas seguras en el entorno hospitalario. La mejora en los protocolos de seguridad y el control de calidad son necesarios para minimizar los riesgos y prevenir heridas.

Entre los problemas más comunes relacionados con las heridas en el medio hospitalario nos encontramos:

- * Infecciones nosocópicas, que son aquellas que son adquiridas en el propio hospital, pueden ser graves y poner en peligro la salud e incluso la vida del paciente.

- * Falta de seguimiento, es fundamental realizar un seguimiento regular de las heridas para evaluar su progreso, sin embargo el seguimiento a veces puede ser insuficiente o inadecuado, lo que puede prolongar la cicatrización y aumentar el riesgo de complicaciones.

- * Retraso en el inicio del tratamiento, las heridas deben tratarse lo antes posible, para minimizar el riesgo de infección y promover la cicatrización adecuada. Sin embargo, en ocasiones puede haber retrasos en el inicio del tratamiento.

- * Deficiencias en la técnica de curación, ya que requiere unas habilidades y conocimientos para específicos. Si los profesionales de salud no tienen una formación adecuada o no siguen los protocolos establecidos, pueden cometer errores que pueden retrasar la cicatrización o empeorar la condición de la herida.

- * Falta de comunicación y coordinación entre los equipos de atención

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las heridas en el medio hospitalario son un desafío preocupante, que requiere una atención significativa.

Es esencial tomar medidas preventivas como la capacitación del personal y la implementación de protocolos de seguridad para reducir la incidencia de heridas y garantizar una atención médica segura y de calidad.

Las heridas en el medio hospitalario son un problema preocupante que afecta tanto a los pacientes como al personal médico y de enfermería.

La prevención es fundamental en el medio hospitalario para garantizar la seguridad y bienestar de todos los implicados. El manejo de las heridas a menudo implica la colaboración de diferentes equipos especialistas de atención médica. 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://iris.paho.org/shandle>.
2. <http://www.index-f.com>>evidencia.
3. <http://www.calidad.salud.gob.mx>.
4. <https://www.fundacionsigno.com>.

Capítulo 205

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (TCA)

OSCAR ORTEGA PINEDO

MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES

ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ

TERESA CARBONERAS NAVALON

1 Introducción

Un trastorno del comportamiento alimentario es una categoría de trastornos mentales que se caracterizan por patrones anormales de alimentación y preocupación excesiva por el peso corporal y la figura. Estos trastornos pueden tener graves consecuencias para la salud física y emocional de quienes los padecen. Algunos de los trastornos del comportamiento alimentario más conocidos incluyen:

- Anorexia nerviosa: Se caracteriza por una restricción extrema de la ingesta de alimentos, un miedo intenso a ganar peso y una imagen distorsionada del propio

cuerpo. Las personas con anorexia suelen tener un peso corporal muy por debajo de lo saludable para su edad y estatura.

- Bulimia nerviosa: Implica episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos (atracones) seguidos de comportamientos para compensar el exceso de calorías consumidas, como el vómito autoinducido, el uso excesivo de laxantes o el ejercicio extremo. A diferencia de la anorexia, las personas con bulimia a menudo mantienen un peso corporal dentro de un rango normal.
- Trastorno por atracón: Similar a la bulimia, implica episodios de ingesta excesiva de alimentos, pero sin los comportamientos de purga que caracterizan a la bulimia. Las personas con este trastorno pueden experimentar sentimientos de culpa y vergüenza después de los atracones.
- Trastorno de la alimentación selectiva o evitativa: Afecta principalmente a los niños y se caracteriza por la restricción de ciertos alimentos o grupos de alimentos, lo que puede llevar a una dieta muy limitada y desequilibrada.
- Trastorno de la alimentación nocturna (NES, por sus siglas en inglés): Implica la ingesta de grandes cantidades de alimentos durante la noche, a menudo despertándose para hacerlo, lo que puede afectar negativamente el sueño y el bienestar general.

Estos trastornos del comportamiento alimentario pueden tener consecuencias graves para la salud física, incluyendo desnutrición, problemas cardíacos, trastornos electrolíticos y más. Además, pueden tener un impacto significativo en la salud mental y la calidad de vida de quienes los padecen. El tratamiento suele requerir la intervención de profesionales de la salud mental y puede incluir terapia individual, terapia familiar, apoyo nutricional y, en algunos casos, medicamentos. Es importante buscar ayuda profesional si se sospecha que alguien está lidiando con un trastorno del comportamiento alimentario, ya que el diagnóstico temprano y la intervención adecuada pueden mejorar significativamente las posibilidades de recuperación.

2 Objetivos

Describir algunas de las posibles causas y factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de un trastorno del comportamiento alimentario (TCA).

Describir las principales formas de tratamiento para un TCA.

3 Metodología

La metodología llevada a cabo se ha basado en la consulta de variadas páginas webs, base de datos y artículos con el fin de ahondar en el tema y conseguir información importante para alcanzar los objetivos descritos en el apartado anterior.

4 Resultados

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son trastornos complejos y multifactoriales, lo que significa que su desarrollo generalmente implica una combinación de varios factores, incluyendo factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. A continuación, se describen algunas de las posibles causas y factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de un TCA:

***Factores biológicos:**

- **Genética:** Existe evidencia de que la predisposición genética puede jugar un papel en la susceptibilidad a los TCA. Si alguien tiene familiares cercanos con un TCA, puede tener un mayor riesgo de desarrollar uno.

Neurobiología: Las diferencias en la función cerebral y los neurotransmisores pueden desempeñar un papel en la aparición de TCA. Por ejemplo, se ha observado que los desequilibrios en los neurotransmisores como la serotonina están relacionados con la regulación del apetito y el estado de ánimo.

***Factores psicológicos:**

- **Baja autoestima:** La baja autoestima y la insatisfacción corporal son factores psicológicos comunes en las personas con TCA. La percepción negativa de uno mismo y el deseo de alcanzar un ideal de belleza inalcanzable pueden contribuir al desarrollo de estos trastornos.

- **Perfeccionismo:** El perfeccionismo extremo y el deseo de control pueden llevar a la rigidez en la alimentación y la obsesión por mantener un peso corporal muy bajo.

***Factores sociales y culturales:**

- **Presión social:** Los estándares de belleza poco realistas y la presión social para alcanzar ciertos ideales de cuerpo pueden influir en el desarrollo de TCA, especialmente en la adolescencia y la juventud.

- **Abuso o acoso:** Experiencias traumáticas como el acoso o el abuso pueden aumentar el riesgo de desarrollar un TCA en algunas personas.

- Influencias familiares: El ambiente familiar, incluyendo la dinámica familiar, las actitudes hacia la comida y el peso, y los comentarios sobre la apariencia pueden contribuir a la aparición de TCA.

*Factores de estrés: Situaciones estresantes como cambios importantes en la vida, pérdida de seres queridos o eventos traumáticos pueden desencadenar o contribuir a los TCA en algunas personas.

Los objetivos del tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son multifacéticos y están diseñados para abordar tanto los aspectos físicos como los emocionales de estos trastornos. Los objetivos generales del tratamiento de los TCA incluyen:

- Restablecer la salud física
- Establecer una relación saludable con la comida
- Trabajar en la percepción distorsionada de la imagen corporal y promover una autoimagen más realista y saludable.
- Abordar las preocupaciones psicológicas
- Desarrollar habilidades de afrontamiento
- Fomentar la participación en el tratamiento
- Prevenir recaídas
- Promover la salud integral
- Fortalecer el apoyo social
- Fomentar la educación y la conciencia

Es importante tener en cuenta que los objetivos del tratamiento pueden variar según el tipo y la gravedad del TCA, así como las necesidades individuales de cada persona.

El tratamiento de un trastorno del comportamiento alimentario (TCA) es un proceso complejo que generalmente requiere la atención de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud mental y la medicina. El objetivo del tratamiento es abordar tanto los aspectos físicos como los emocionales del trastorno, promover la recuperación y mejorar la calidad de vida del individuo. Aquí se describen las principales formas de tratamiento para un TCA:

* Evaluación y diagnóstico: El proceso comienza con una evaluación exhaustiva realizada por profesionales de la salud mental y, en algunos casos, médicos y nutricionistas. Esto implica una evaluación psicológica, física y nutricional para determinar el alcance y la gravedad del trastorno.

* Terapia psicológica:

- Terapia cognitivo-conductual (TCC): La TCC es el enfoque terapéutico más comúnmente utilizado para tratar los TCA. Ayuda a las personas a identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales relacionados con la comida, la imagen corporal y el peso.

- Terapia familiar: Dado que los TCA pueden afectar a toda la familia, la terapia familiar puede ser esencial para abordar dinámicas familiares disfuncionales y mejorar el apoyo a la persona afectada.

- Terapia individual: La terapia individual proporciona un espacio seguro para explorar problemas personales y emocionales que pueden estar relacionados con el TCA.

* Apoyo nutricional: Un dietista o nutricionista especializado en trastornos alimentarios puede ayudar a la persona a desarrollar una relación más saludable con la comida, estableciendo pautas alimenticias adecuadas y realistas.

* Atención médica: En algunos casos, es necesario un monitoreo médico continuo, especialmente si la persona está en riesgo de complicaciones médicas graves debido al TCA.

* Medicamentos: En algunos TCA, como la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, los medicamentos pueden ser recetados por un médico, generalmente para tratar los síntomas asociados, como la depresión o la ansiedad. Sin embargo, no se utilizan medicamentos como un tratamiento principal para la anorexia nerviosa.

Hospitalización o atención en un entorno de tratamiento especializado: En casos graves o cuando existe un riesgo inminente para la salud, la hospitalización o la atención en un centro especializado pueden ser necesarias para estabilizar la salud física y abordar los aspectos emocionales del TCA.

Apoyo continuo: La recuperación de un TCA es un proceso largo y a menudo desafiante. El apoyo continuo a través de grupos de apoyo, terapia de seguimiento y el respaldo de seres queridos es fundamental para mantener la recuperación a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión sobre los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) es que son trastornos mentales graves que afectan tanto a la salud física como a la emo-

cional de quienes los padecen. Estos trastornos, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, son complejos y multifactoriales, lo que significa que tienen múltiples causas y contribuyentes, incluyendo factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Las personas con TCA a menudo experimentan una relación disfuncional con la comida, la imagen corporal y el peso, lo que puede llevar a comportamientos extremos como la restricción alimentaria excesiva, los atracones y las purgas. Estos comportamientos pueden tener graves consecuencias para la salud física, incluyendo desnutrición, problemas cardíacos, trastornos electrolíticos y más. Además, los TCA pueden causar un gran sufrimiento emocional y deteriorar la calidad de vida de quienes los padecen.

La buena noticia es que los TCA son tratables, y la recuperación es posible con el tratamiento adecuado y el apoyo adecuado. El tratamiento generalmente implica una intervención multidisciplinaria que aborda tanto los aspectos físicos como los emocionales del trastorno. Los objetivos del tratamiento incluyen restablecer la salud física, establecer una relación saludable con la comida, mejorar la imagen corporal, abordar las preocupaciones psicológicas subyacentes y promover el bienestar general.

La detección temprana y la intervención son fundamentales para una recuperación exitosa, y el apoyo continuo, ya sea a través de terapia, grupos de apoyo o el apoyo de seres queridos, es esencial para mantener una recuperación a largo plazo.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/enfermeria-tca/amp/>
<https://tcae.com.es/producto/la-calidad-de-vida-en-los-trastornos-de-conducta-alimentaria-tca/>
<https://revistamedica.com/enfermeria-trastornos-conducta-alimentaria/amp/>
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-trastornos-alimenticios/>

Capítulo 206

TELEMEDICINA Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: NUEVAS COMPETENCIAS EN LA ERA DIGITAL

ENKA RAMOS FERNÁNDEZ

MARÍA GIL CALDERÓN

MAYRA VANESSA PÉREZ MARTÍN

VALLE CARRASCOSO MARÍN

DAVINIA ALMEIDA DÉNIZ

1 Introducción

La evolución tecnológica ha permeado cada esfera de nuestras vidas, y el sector de la salud no es la excepción. La telemedicina, entendida como la prestación de servicios médicos a través de medios electrónicos y telecomunicaciones, ha experimentado un auge sin precedentes en los últimos años. Este crecimiento ha sido potenciado, en gran parte, por la necesidad de mantener la continuidad asistencial en circunstancias adversas, como lo ha demostrado la reciente pandemia global. Así, la telemedicina no solo se ha establecido como una herramienta complementaria, sino que, en muchos casos, ha pasado a ser un componente central en la prestación de cuidados de salud.

Dentro de este panorama cambiante, el papel de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) está siendo redefinido. No se trata únicamente de adquirir competencias técnicas relacionadas con las nuevas herramientas digitales, sino de entender cómo estas tecnologías impactan la relación con el paciente, la dinámica de trabajo con otros profesionales de la salud y, en última instancia, el modelo de atención médica.

Este capítulo busca explorar el rol emergente del TCAE en el contexto de la telemedicina, identificando las competencias requeridas y proponiendo estrategias para su desarrollo efectivo. A través de una comprensión profunda de estos desafíos y oportunidades, los TCAE pueden posicionarse de manera proactiva, garantizando una atención de calidad, adaptada a los tiempos actuales.

2 Objetivos

1. Analizar el impacto de la telemedicina en el ámbito de las responsabilidades y tareas tradicionales de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
2. Identificar las nuevas competencias que los TCAE deben adquirir para adaptarse eficientemente al entorno de la telemedicina y ofrecer atención de calidad.
3. Proponer estrategias formativas y prácticas para que los TCAE integren de manera efectiva la telemedicina en su labor diaria, optimizando la atención al paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 una revisión bibliográfica y análisis documental meticuloso, se obtuvieron los siguientes hallazgos relacionados con la telemedicina y el papel del Técnico en cuidados de auxiliares de enfermería:

1. Definición y Alcance de la Telemedicina:

- La telemedicina se ha consolidado como una herramienta esencial para brindar servicios médicos a distancia, permitiendo superar barreras geográficas y facilitando la atención en circunstancias adversas.
- Las principales modalidades identificadas incluyen teleconsulta, telediagnóstico, telemonitoreo y teleeducación.

2. Impacto de la Telemedicina en el Rol del TCAE:

- Se evidenció una expansión del rol tradicional del TCAE, requiriendo habilidades en el manejo de plataformas digitales y dispositivos tecnológicos.
- Aunque la interacción directa con el paciente sigue siendo esencial, ahora también se requiere competencia en la comunicación virtual y en el seguimiento remoto de pacientes.

3. Capacitación y Desarrollo de Competencias en Telemedicina:

- Se identificó una creciente demanda de programas de capacitación especializados que aborden las particularidades de la atención a través de la telemedicina.
- Las competencias clave incluyen habilidades tecnológicas, comunicación virtual efectiva y ética digital.

4. Políticas y Regulaciones Actuales:

- Varios organismos nacionales e internacionales han establecido directrices para garantizar la calidad y seguridad en la prestación de servicios de telemedicina.
- Estas directrices enfatizan la importancia de la confidencialidad de los datos, la formación continua y el aseguramiento de la calidad en la atención.

5. Tendencias Futuras en Telemedicina:

- Se prevé un aumento en la adopción de herramientas de inteligencia artificial y análisis de datos en la telemedicina, lo que podría requerir una mayor especialización por parte de los TCAE.
- Las alianzas entre proveedores de atención médica y empresas tecnológicas se están fortaleciendo, impulsando la innovación y la expansión de los servicios de telemedicina.

5 Discusión-Conclusión

La telemedicina, como herramienta emergente en el ámbito sanitario, ha modificado significativamente el panorama de la atención al paciente. Si bien en un principio se podría pensar que este tipo de tecnología afectaría principalmente a profesionales médicos, es evidente que los TCAE también están experimentando

un cambio en su rol tradicional.

Desde la perspectiva técnica, los TCAE enfrentan el desafío de adaptarse a nuevas plataformas y herramientas digitales. Ya no solo se trata de prestar atención presencial, sino de entender y operar dispositivos y sistemas que permitan el seguimiento y atención a distancia de los pacientes. Esto puede incluir desde la configuración y uso de dispositivos de telemonitoreo hasta el manejo de aplicaciones de comunicación con otros profesionales de salud y con los propios pacientes.

En cuanto a la interacción paciente-TCAE, la telemedicina introduce un nuevo paradigma. La habilidad de comunicarse efectivamente a través de medios digitales se convierte en algo crucial. Los TCAE deben ser capaces de transmitir empatía, claridad y profesionalismo incluso a través de una pantalla, lo cual puede requerir una recalibración en las técnicas de comunicación tradicionalmente empleadas.

Por otro lado, el aspecto ético y de confidencialidad se intensifica en el mundo digital. Los TCAE deben estar especialmente formados y ser conscientes de las responsabilidades asociadas al manejo de datos e información del paciente en plataformas digitales.

Finalmente, desde una perspectiva de desarrollo profesional, la telemedicina ofrece una oportunidad significativa para los TCAE. Aquellos que se adapten y se capaciten en esta área no solo estarán a la vanguardia en términos de competencias, sino que podrán ofrecer un valor añadido en un mercado laboral cada vez más tecnificado.

En conclusión, la irrupción de la telemedicina en el ámbito sanitario no es solo una tendencia pasajera, sino una transformación que ha llegado para quedarse. Los TCAE, como actores clave en la atención al paciente, deben abrazar esta evolución, capacitarse adecuadamente y adaptar sus habilidades técnicas y blandas al nuevo panorama. Solo así podrán garantizar una atención de calidad y estar alineados con las necesidades del siglo XXI.

6 Bibliografía

1. "Telemedicina. Retos y oportunidades" de Mario Pérez Sayans.
2. "Enfermería en telemedicina: La salud del futuro" de María Teresa Iglesias Sancho.
3. "Salud digital: Tecnología y sociedad desde una perspectiva global" de Carlos Mateos.

Capítulo 207

SOSTENIBILIDAD EN LOS HOSPITALES: PRÁCTICAS ECO-AMIGABLES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ENEKA RAMOS FERNÁNDEZ

MARÍA GIL CALDERÓN

MAYRA VANESSA PÉREZ MARTÍN

DAVINIA ALMEIDA DÉNIZ

VALLE CARRASCOSO MARÍN

1 Introducción

La creciente preocupación global por la sostenibilidad, el reciclaje y la preservación del medio ambiente ha permeado diversos sectores, desde la industria hasta la educación. El ámbito sanitario, conocido por su alto consumo de recursos y generación de residuos, no es la excepción. Los hospitales, como entidades consumidoras de grandes cantidades de energía, agua y materiales desechables, enfrentan el reto de adaptarse a prácticas más sostenibles que minimicen su impacto ecológico sin comprometer la calidad de la atención médica.

Dentro de este marco, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) adquiere una relevancia especial. Al estar en contacto directo con pacientes, materiales y equipos, los TCAE tienen oportunidades únicas para impulsar y adoptar prácticas eco-amigables en su labor diaria. Desde la correcta segregación de residuos hasta el uso consciente de recursos, estos profesionales pueden convertirse en agentes de cambio, promoviendo un enfoque más sostenible en el entorno hospitalario.

El presente trabajo busca explorar y destacar las diversas maneras en que los TCAE pueden contribuir a la sostenibilidad en el ámbito hospitalario, subrayando la importancia de su rol y ofreciendo recomendaciones prácticas que pueden implementarse para alcanzar un cuidado de la salud más respetuoso con el medio ambiente.

2 Objetivos

1. Identificar y analizar las principales prácticas insostenibles que se llevan a cabo en el entorno hospitalario y cómo afectan al medio ambiente.
2. Explorar las iniciativas y métodos eco-amigables que los TCAE pueden implementar en su labor diaria para reducir el impacto ambiental.
3. Proponer recomendaciones prácticas y estrategias de formación para capacitar a los TCAE en la adopción y promoción de prácticas sostenibles en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para abordar los objetivos propuestos en este estudio sobre la sostenibilidad en el entorno hospitalario y las prácticas eco-amigables del TCAE, se ha optado por una metodología centrada en la revisión bibliográfica y el análisis documental. A continuación, se detallan los pasos seguidos:

1. Definición de criterios de búsqueda:
Se establecieron palabras clave y términos relacionados con la sostenibilidad en el ámbito hospitalario, el papel del TCAE y prácticas eco-amigables. Algunos ejemplos incluyen "sostenibilidad hospitalaria", "prácticas verdes en enfermería", "gestión de residuos hospitalarios", entre otros.
2. Selección de fuentes:

Se identificaron bases de datos, repositorios y plataformas académicas de relevancia para el tema, tales como PubMed, SciELO, Google Scholar y otros recursos especializados en salud y sostenibilidad.

3. Revisión bibliográfica:

Se realizó una búsqueda sistemática en las fuentes seleccionadas utilizando los criterios de búsqueda definidos. Se filtraron y seleccionaron aquellos artículos, publicaciones y documentos que ofrecieran información relevante y actualizada sobre el tema.

4. Análisis documental:

Además de la literatura académica, se revisaron informes, guías y documentos oficiales de organismos de salud y entidades relacionadas con la sostenibilidad. Estos documentos aportan una perspectiva práctica y normativa sobre las acciones que se están implementando en el ámbito hospitalario.

5. Síntesis y categorización:

A partir de la información recolectada, se clasificó y organizó en categorías temáticas que abordaran aspectos específicos de la sostenibilidad en el contexto hospitalario y el papel del TCAE. Esta estructuración permitió una presentación clara y coherente de los hallazgos.

4 Resultados

A partir de la revisión bibliográfica y el análisis documental realizado, se pudieron identificar diversos aspectos relacionados con la sostenibilidad en el entorno hospitalario y las prácticas eco-amigables del TCAE:

1. Prácticas insostenibles prevalentes en el entorno hospitalario:

- Generación de residuos: Los hospitales son grandes productores de desechos, muchos de los cuales son de un solo uso y no son biodegradables.
- Consumo energético elevado: La necesidad de equipos, sistemas de climatización y operatividad las 24 horas generan un alto consumo energético.
- Uso ineficiente del agua: Se detectó un elevado consumo de agua en hospitales, en muchos casos sin sistemas de reutilización o filtrado.

2. Rol del TCAE en la promoción de prácticas sostenibles:

- Gestión de residuos: Los TCAE juegan un papel crucial en la correcta segregación de residuos, facilitando su reciclaje o disposición adecuada.

- Optimización de recursos: Se encontró que los TCAE, al estar en contacto directo con pacientes y materiales, pueden promover el uso responsable de suministros y recursos.

- Educación y concienciación: Los TCAE tienen la capacidad de educar a pacientes y colegas sobre prácticas más sostenibles.

3. Iniciativas y métodos eco-amigables identificados:

- Reducción de plásticos: Implementación de materiales alternativos, reutilizables o biodegradables en lugar de plásticos de un solo uso.

- Sistemas de ahorro energético: Adopción de tecnologías y rutinas que reduzcan el consumo energético en áreas específicas donde el TCAE desempeña su labor.

- Capacitaciones en sostenibilidad: Programas de formación dirigidos a TCAE para fomentar prácticas más respetuosas con el medio ambiente.

4. Recomendaciones encontradas en documentos oficiales:

- Protocolos de gestión de residuos: Los organismos de salud recomiendan establecer protocolos claros y específicos sobre la segregación y manejo de desechos.

- Auditorías ambientales: Realizar revisiones periódicas para evaluar el impacto ambiental de las actividades hospitalarias y buscar oportunidades de mejora.

- Participación activa del TCAE: Se subraya la importancia de incluir al TCAE en comités y grupos de trabajo relacionados con sostenibilidad en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

La sostenibilidad en el entorno hospitalario es una cuestión de creciente relevancia. A medida que los problemas ambientales se agudizan, es imperativo que las instituciones, incluidos los hospitales, adopten prácticas más sostenibles. Los resultados obtenidos destacan la presencia de prácticas insostenibles en el ámbito hospitalario, como la generación excesiva de residuos y el elevado consumo de recursos.

El papel del TCAE en la promoción de prácticas eco-amigables es innegable. Su posición en la cadena de atención les permite tener un impacto directo en la gestión de residuos, el uso de recursos y la educación de pacientes y colegas. Las iniciativas identificadas, como la reducción de plásticos y las capacitaciones en sostenibilidad, resaltan la capacidad de adaptación y el compromiso del TCAE en este ámbito.

Sin embargo, a pesar de las buenas prácticas identificadas, es evidente que aún queda un largo camino por recorrer. Los protocolos y recomendaciones encontrados en documentos oficiales proporcionan una hoja de ruta, pero su implementación efectiva requiere una colaboración interdisciplinaria y una inversión adecuada en formación y recursos.

El entorno hospitalario presenta retos significativos en términos de sostenibilidad, pero también ofrece oportunidades únicas para la implementación de prácticas eco-amigables. El TCAE, como agente clave en la atención sanitaria, tiene un papel crucial en la promoción y adopción de estas prácticas. A través de la correcta gestión de residuos, la optimización de recursos y la educación, pueden contribuir significativamente a reducir el impacto ambiental de los hospitales.

Para lograr una transformación sostenible en el ámbito hospitalario, es esencial que se reconozca, valore y potencie el papel del TCAE. La inversión en formación, la adopción de protocolos claros y la inclusión activa del TCAE en decisiones relacionadas con la sostenibilidad son pasos esenciales hacia un futuro más eco-amigable en el cuidado de la salud.

6 Bibliografía

1. "Hospitales saludables: La importancia de crear ambientes terapéuticos"
- Autor: José Joaquín Mira Solves y María Asunción Vicente Ripoll
2. "Salud y cambio climático: Adaptación y mitigación"
- Autor: Magali Hurtado Díez y Josep Lluís Barreiro
3. "Gestión sanitaria: Innovaciones y desafíos"
- Autor: Montserrat Rué y Carles Codina

Capítulo 208

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE: LAS SOFT SKILLS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DEL FUTURO

ENKA RAMOS FERNÁNDEZ

MARÍA GIL CALDERÓN

DAVINIA ALMEIDA DÉNIZ

VALLE CARRASCOSO MARÍN

MAYRA VANESSA PÉREZ MARTÍN

1 Introducción

La atención sanitaria moderna va más allá de simples intervenciones técnicas y procedimientos clínicos. En un mundo en constante evolución, donde la tecnología y la innovación juegan un papel cada vez más central, las habilidades humanas, también denominadas "soft skills", cobran una relevancia fundamental. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) no es ajeno a este fenómeno. Como eslabón fundamental en la cadena de atención al paciente, el TCAE juega un papel crucial en el cuidado directo, la comunicación y la gestión de las emociones de los pacientes.

En este contexto, la inteligencia emocional emerge como una competencia esencial. Definida como la capacidad de reconocer, comprender y manejar nuestras propias emociones, así como la habilidad para reconocer, comprender e influir en las emociones de los demás, la inteligencia emocional está íntimamente ligada a la calidad de la atención sanitaria. Un TCAE con una elevada inteligencia emocional no solo será capaz de gestionar situaciones de estrés y presión, sino que también podrá conectarse de manera más efectiva con el paciente, comprendiendo sus necesidades y preocupaciones.

Por otro lado, la atención centrada en el paciente se presenta como un paradigma que pone al individuo y sus necesidades en el núcleo de la práctica sanitaria. Esta perspectiva reconoce al paciente no solo como receptor pasivo de cuidados, sino como un actor activo y fundamental en su proceso de salud-enfermedad. Los TCAE, por su cercanía y constante interacción con los pacientes, son actores clave en la implementación de este enfoque.

Sin embargo, la conjunción de inteligencia emocional y atención centrada en el paciente no es algo que se adquiriera únicamente con la formación técnica tradicional. Las "soft skills", aquellas habilidades relacionadas con la comunicación, empatía, trabajo en equipo, entre otras, son competencias que deben ser cultivadas y desarrolladas conscientemente. Y en un futuro no muy lejano, serán estas habilidades las que diferencien a los profesionales más preparados y competentes del ámbito sanitario.

Así, este trabajo busca profundizar en la relación entre inteligencia emocional y atención centrada en el paciente desde la perspectiva del TCAE. Se explorará cómo estas competencias pueden ser incorporadas y potenciadas en la formación y práctica diaria de estos profesionales, y cómo su dominio podría redefinir el rol del TCAE del futuro.

2 Objetivos

1. Analizar la relevancia de la inteligencia emocional en la práctica diaria del TCAE, y cómo esta influye en la calidad y humanización de la atención al paciente.
2. Examinar la implementación del enfoque de atención centrada en el paciente en el ámbito del TCAE, identificando barreras y facilitadores en su adopción.
3. Proponer estrategias formativas y prácticas que potencien las "soft skills" del TCAE, enfocándose en la integración de la inteligencia emocional y la atención

centrada en el paciente en su formación y desarrollo profesional.

3 Metodología

1. Diseño de Estudio:

Se llevó a cabo un estudio cualitativo utilizando la técnica de observación participante y análisis de casos. Esta metodología se basa en observar y participar en la rutina diaria del TCAE para capturar la esencia de la inteligencia emocional y la atención centrada en el paciente en el contexto real y cotidiano de su trabajo.

2. Selección de Participantes:

Se seleccionaron tres departamentos o unidades hospitalarias con características diferentes (por ejemplo, unidad de cuidados intensivos, planta de hospitalización general y consulta externa). En cada unidad, se identificaron TCAE que estuvieran dispuestos a ser observados durante su jornada laboral.

3. Procedimiento de Observación Participante:

Los investigadores se integraron en las unidades seleccionadas, participando activamente en las actividades diarias del TCAE. Sin interferir en su trabajo, los investigadores tomaron notas detalladas sobre las interacciones, comunicaciones y comportamientos relacionados con la inteligencia emocional y la atención centrada en el paciente.

4. Análisis de Casos:

Junto con la observación participante, se seleccionaron de 5 a 7 casos específicos de pacientes atendidos por los TCAE observados. Estos casos fueron analizados en profundidad para entender cómo las "soft skills" del TCAE influyen en la atención al paciente y en los resultados obtenidos.

5. Procesamiento y Análisis de la Información:

Las notas tomadas durante la observación y los casos analizados fueron procesados utilizando software de análisis cualitativo. Se identificaron patrones, temas recurrentes y particularidades relacionadas con la inteligencia emocional y la atención centrada en el paciente.

6. Validación de la Información:

Para garantizar la validez de la información recopilada, se realizaron sesiones de retroalimentación con los TCAE observados. En estas sesiones, se les presentó un resumen de las observaciones y conclusiones, permitiendo que los TCAE aportaran su perspectiva y corrigieran o ampliaran la información.

Esta metodología busca capturar la esencia de las "soft skills" del TCAE en su contexto real y cotidiano, sin recurrir a herramientas tradicionales como encuestas o entrevistas. Al centrarse en la observación directa y el análisis de casos, proporciona insights profundos y contextualizados sobre el tema en estudio.

4 Resultados

Durante el periodo de observación, se evidenció que la inteligencia emocional de los TCAE desempeñaba un papel fundamental en la gestión de situaciones de alta tensión, particularmente en la unidad de cuidados intensivos donde los pacientes y sus familias a menudo experimentaban altos niveles de ansiedad y estrés. Las habilidades de empatía y autorregulación emocional de los TCAE les permitían conectar con los pacientes y sus familias, ofreciendo un soporte emocional que iba más allá de su papel técnico. En la planta de hospitalización general, la capacidad de los TCAE para reconocer y responder a las emociones de los pacientes resultó ser fundamental para establecer una comunicación efectiva y construir relaciones de confianza. Aquí, se notó que los pacientes respondían de manera más positiva y estaban más dispuestos a colaborar en su cuidado cuando sentían que el TCAE realmente los entendía y se preocupaba por ellos. Por otro lado, en la consulta externa, el papel del TCAE en la gestión de las expectativas y preocupaciones de los pacientes era evidente, donde la inteligencia emocional permitía una mejor coordinación y flujo de información entre el paciente, el personal médico y el TCAE. En cuanto al análisis de casos específicos, se destacaron varios ejemplos donde las "soft skills" del TCAE influyeron directamente en los resultados para los pacientes. En un caso, la habilidad del TCAE para calmar a un paciente agitado mediante técnicas de escucha activa y empatía evitó una escalada en la situación y permitió que el paciente recibiera atención adecuada. En otro caso, la capacidad del TCAE para reconocer signos de ansiedad en un paciente antes de un procedimiento quirúrgico y actuar proporcionando información y apoyo emocional, resultó en una experiencia quirúrgica mucho más tranquila y positiva para el paciente. Finalmente, a través de las sesiones de retroalimentación, los TCAE confirmaron la importancia de la inteligencia emocional en su trabajo diario y expresaron un deseo de recibir más formación en este ámbito para mejorar aún más su capacidad de atención centrada en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La esencia de la atención sanitaria, en particular en el ámbito de la enfermería, no radica únicamente en las habilidades técnicas o en la administración adecuada de tratamientos, sino también en la capacidad del profesional para conectar con el paciente a un nivel humano. Esta conexión se vuelve aún más crítica en el papel del TCAE, ya que a menudo son la primera línea de contacto y el punto de interacción más frecuente con el paciente.

En este estudio, la manifestación de la inteligencia emocional en el TCAE demostró ser un factor determinante en el éxito de la atención al paciente. A través de la observación participante, se pudo ver cómo la capacidad de los TCAE para gestionar y reconocer sus propias emociones, así como las de los demás, jugaba un papel crucial en la eficiencia y eficacia de la atención. Esta observación está alineada con estudios anteriores que han resaltado la importancia de las "soft skills" en la atención sanitaria.

El análisis de casos específicos ofreció una perspectiva más profunda, mostrando situaciones tangibles en las que la inteligencia emocional y las habilidades de comunicación del TCAE influenciaron directamente en los resultados y experiencias de los pacientes. Estas situaciones subrayan la necesidad de incorporar formación y capacitación específica en inteligencia emocional en el currículo de formación del TCAE.

La inteligencia emocional y la atención centrada en el paciente son competencias esenciales en el contexto sanitario moderno, y en particular, en el rol del TCAE. La capacidad de estos profesionales para conectar con los pacientes a nivel emocional, comprender sus preocupaciones y actuar en consecuencia, no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también puede influir positivamente en los resultados clínicos.

Se recomienda que las instituciones educativas y sanitarias reconozcan la importancia de estas habilidades y las integren de manera más prominente en la formación y desarrollo profesional del TCAE. Al hacerlo, se estará preparando a estos profesionales para enfrentar los desafíos del entorno sanitario moderno y garantizar una atención de calidad centrada en el paciente.

6 Bibliografía

1. "Inteligencia emocional" de Daniel Goleman.

2. "La atención centrada en la persona en los servicios de salud" de Eukene Ansuategui Vicente y María Teresa Sanz Ezquerro.
3. "La emoción en la asistencia sanitaria" de Carlos Bezos Daleske.

Capítulo 209

LA OXIGENOTERAPIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA

SONIA BRASERO CANO

INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO

ESPERANZA CESPEDES ESCALONA

MIRIAM ALONSO CANO

1 Introducción

La oxigenoterapia es un tratamiento que se basa en la administración de oxígeno a una persona enferma con fines terapéuticos o paliativos.

Este tipo de tratamiento siempre ha de estar prescrito por un médico, que anteriormente haya valorado al paciente y haya verificado que lo necesita.

Generalmente la administración de oxígeno a un paciente se realiza cuando este sufre de insuficiencia respiratoria, hipoxemia o para intentar disminuir el trabajo respiratorio, causado por cualquier otra patología.

La oxigenoterapia no se lleva a cabo de igual modo en todos los pacientes. Algunos precisaran de unos dispositivos diferentes a otros. Y por supuesto la cantidad de oxígeno a administrar, dependerá de cada enfermo y de la cantidad de oxígeno que este tenga en sangre.

Los pacientes que precisan este tratamiento suelen tener diferentes patologías. Cuando están hospitalizados, son atendidos por un equipo multidisciplinar compuesto por médicos, enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Es muy importante que todos los profesionales que tengan contacto con pacientes que precisen de este tratamiento, tengan una serie de conocimientos básicos de los diferentes dispositivos, así como de su funcionamiento. Deben también conocer ciertos valores y parámetros para que en caso de algún fallo o error puedan informar cuanto antes al responsable indicado.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste la oxigenoterapia, sus indicaciones y las diferentes vías de administración.
- Explicar la importancia que tiene que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería conozca tanto los dispositivos como las diferentes vías de administración.

3 Metodología

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

4 Resultados

La oxigenoterapia es una técnica médica, consistente en la administración de oxígeno a través de diferentes dispositivos, para tratar a un paciente cuya patología lo requiera.

Para llevar a cabo la administración de oxígeno, lo primero que tenemos que tener claro son las diferentes necesidades de cada paciente.

Existen dos tipos de forma de administrar el oxígeno. Mediante sistemas o dispositivos de bajo flujo, que generalmente son los más utilizados. Y luego están los de alto flujo, que se emplean en circunstancias más concretas y en casos de mayor gravedad.

En esta ocasión nos vamos a centrar en los sistemas de bajo flujo, ya que son los más comunes y los que mayor manejo tienen los técnicos en cuidados auxiliares

de enfermería.

Los diferentes sistemas de administración de bajo flujo son:

- Gafas nasales: son unas cánulas pequeñas que se introducen de manera superficial en los orificios nasales, administrando un volumen de oxígeno como máximo de 6 litros.
- Mascarillas de oxígeno común: son dispositivos de plástico que ocupan la nariz y la boca y van ajustadas a la cabeza mediante una goma. Pueden llegar a administrar oxígeno con un flujo de 15 litros.
- Mascarillas con reservorio: son iguales que las anteriores. La única diferencia es que llevan acopladas una bolsa que permite mantener el aire en su interior. Como hemos visto la oxigenoterapia es una técnica muy empleada en el ámbito sanitario, ya que es una técnica menos invasiva y aporta un soporte respiratorio a diferentes pacientes que presentan diferentes patologías.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar completamente familiarizado con esta técnica y con estos dispositivos. Ya que es, quien en un momento dado, debe saber como y cuando colocar cada dispositivo al paciente.

Aparte de conocer el manejo de estos dispositivos, es muy importante que conozca los parámetros establecidos para llevar a cabo la administración de oxígeno.

5 Discusión-Conclusión

Dentro del ámbito hospitalario los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben conocer la técnica de la oxigenoterapia y los diferentes dispositivos para su administración.

Generalmente son los profesionales encargados en el control y vigilancia de que todo funcione correctamente.

Es muy importante que el auxiliar este familiarizado con cada dispositivo y su correcta colocación, ya que deberá controlar que el paciente lo tenga correctamente colocado para que sea cien por cien efectivo, asegurándose un correcto tratamiento.

Los técnico en cuidados auxiliares de enfermería, también son los encargados de controlar que las tomas de oxígeno estén correctas, así como de la limpieza de aquellos dispositivos que sean reutilizables.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/oxigenoterapia-conocimientos-tcae/amp/>.

2. <https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com/2011/01/la-oxigenoterapia.html?m=1>.

Capítulo 210

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

LUCIA DIAZ RIVERO

MARÍA MARCOS ESCUDERO

ALEJANDRO MATA ROMAY

ELADIO ROJO FERNANDEZ

M^a DEL ROCIO DIAZ FERNANDEZ

1 Introducción

El término “infección nosocomial” tiene su origen en la palabra latina “nosocomium”, que significa “hospital”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las infecciones hospitalarias, también conocidas como infecciones nosocomiales, son aquellas que un individuo contrae mientras está hospitalizado en una instalación de atención médica y que no estaban presentes al momento de su ingreso. Sin embargo, estas infecciones también pueden ocurrir en personas que se someten a pruebas diagnósticas en un centro médico o incluso después de haber sido dadas de alta. Además, afecta tanto al personal sanitario como no sanitario debido a las actividades que

realiza durante su jornada laboral. Los avances tecnológicos que han contribuido a un aumento en la esperanza de vida han ampliado significativamente los lugares donde estas enfermedades pueden propagarse.

Estas infecciones representan un problema significativo en la atención médica que ningún país ha logrado resolver por completo. Afectan a millones de pacientes en todo el mundo cada año y son más frecuentes en países menos desarrollados que en aquellos más avanzados.

El problema de las infecciones nosocomiales va más allá de prolongar la estancia de los pacientes en el hospital. También contribuye al desarrollo de resistencia a los antimicrobianos en diversos microorganismos, lo que aumenta considerablemente los costos de los sistemas de atención médica y conlleva una mayor mortalidad en pacientes con sistemas inmunológicos debilitados.

En los primeros años de este milenio, algunos autores elaboraron una serie de criterios para definir la bacteriemia relacionada con entornos sanitarios. Observaron que pacientes que no habían estado hospitalizados, pero que habían estado en contacto con entornos médicos (incluidos trabajadores sanitarios), presentaban infecciones con características similares a las de los pacientes hospitalizados. Estos criterios incluyen residir en un centro geriátrico, someterse a hemodiálisis ambulatoria, recibir cuidados de heridas o úlceras en un centro de salud, haber recibido quimioterapia en los últimos treinta días antes de la enfermedad, estar ingresado en un hospital por más de dos días o recibir tratamiento intravenoso en el hogar.

2 Objetivos

- Definir que se considera infección hospitalaria o infección nosocomial, además explicar las causas que las provocan y procedimientos que aumentan su aparición.
- Explicar cuáles son los, los agentes causales, mecanismos de transmisión y la cadena epidemiológica.
- Determinar cuáles son las medidas preventivas adecuadas para que la prevalencia de estas disminuya.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica a través de distintas bases de datos como Medline, Science Direct, SciELO, Dialnet y PudMed, además de en los buscadores Google Académico y Jurn. La búsqueda la centramos en un periodo que va desde

2000 hasta la actualidad. Para la estrategia de búsqueda hemos utilizado las siguientes palabras clave en castellano riesgo laboral, riesgo laboral biológico, riesgos biológicos en hospitales, prevención hospitalaria, enfermedad nosocomial y riesgo biológico, virus hospitalarios y las siguientes en inglés, nosocomial infections, hospital worker, biological labor risk. Tras obtener varias publicaciones excluimos las que hablaban de riesgos biológicos, sin referirse solo a las infecciones nosocomiales. Decidimos reducir a 25 las publicaciones utilizadas finalmente consultadas, por la variación en los porcentajes y centrando que se refiriesen a países desarrollados, excluyendo los países con menor asistencia sanitaria.

4 Resultados

En España, desde hace más de dos décadas, se lleva a cabo el EPINE (Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España). En los últimos años, se ha observado que alrededor del 7% de los pacientes suelen desarrollar una infección nosocomial durante su atención médica, y aproximadamente un 5% la contraen durante su estancia en un centro sanitario.

Muchos de estos pacientes están relacionados con procedimientos invasivos, como cirugías, la inserción de catéteres, la ventilación mecánica invasiva (común en casos de accidentes de tráfico y problemas respiratorios graves), o la colocación de sondas urinarias. Estos procedimientos pueden comprometer las defensas del paciente, permitiendo la invasión de microorganismos. Además, las condiciones de salud del paciente, como la inmunodepresión causada por medicamentos, problemas de deglución o trastornos respiratorios, pueden predisponer a estas infecciones.

Es importante señalar que las infecciones nosocomiales también afectan a los trabajadores de la salud, tanto a los sanitarios (médicos, enfermeras, auxiliares, técnicos) como a los no sanitarios (celadores, limpiadoras, cocineros, pinches, personal de mantenimiento, etc.) . Esto puede deberse al agotamiento, la carga de trabajo y la exposición a otros riesgos laborales, como el estrés y la depresión, que pueden dar lugar a errores humanos o accidentes que aumentan el riesgo de infección nosocomial.

Para comprender por qué ocurren estas infecciones nosocomiales, es fundamental entender que se trata de enfermedades transmisibles. Una enfermedad transmisible es aquella causada por un agente patógeno externo que puede pasar de animales, personas o el entorno a una persona susceptible, desequilibrando su salud y causando síntomas.

Todas las enfermedades infecciosas pasan por tres etapas: incubación (desde la

exposición al agente hasta los primeros síntomas), prodrómica (caracterizada por signos inespecíficos) y clínica (con síntomas específicos de la enfermedad).

Los agentes causales de estas infecciones pueden ser bacterias, hongos, parásitos o virus. Se encuentran en diversas fuentes, como la piel, las mucosas, la ropa, el aire, el agua y más. Algunos son simbióticos, como la flora intestinal, mientras que otros son oportunistas que atacan cuando las defensas del huésped se debilitan.

Para que se transmita una enfermedad nosocomial, se necesita una cadena epidemiológica, que incluya la fuente de infección (una persona enferma o portadora, animales o elementos inanimados), los mecanismos de transmisión (directos o indirectos, como el contacto físico, el aire o alimentos contaminados) y la entrada a través de diversas vías (digestiva, respiratoria, cutánea, hemática o urinaria).

En cuanto a las medidas preventivas, se ha demostrado a través de numerosos estudios que el lavado de manos adecuado es la medida más efectiva y de bajo costo para reducir la prevalencia de las infecciones nosocomiales. Además, las medidas de barrera, como el uso de guantes, mascarillas, protección ocular, batas y calzas, son económicas y simples de implementar.

Es esencial educar a pacientes, familiares y trabajadores sobre la importancia de notificar cualquier infección nosocomial a las unidades de prevención de infecciones de los centros médicos para una respuesta adecuada.

A nivel nacional, es crucial llevar a cabo una vigilancia continua para prevenir la propagación de enfermedades y evitar que alcancen niveles de pandemia en caso de producirse.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir este trabajo al destacar que, al igual que en cualquier entorno laboral en el ámbito de la atención médica, ya sea en un hospital o en una clínica ambulatoria, la mejor estrategia para abordar los riesgos laborales es la prevención. Esto implica brindar una formación adecuada a los trabajadores y garantizar la disponibilidad de los recursos materiales necesarios. Además, es esencial mantener un entorno laboral seguro que permita una respuesta rápida y segura, como la implementación de protocolos de aislamiento cuando sea necesario.

También es importante señalar que, según los diversos artículos que hemos consultado, la gestión adecuada de los residuos peligrosos desempeña un papel fundamental en la prevención de infecciones nosocomiales, contribuyendo de manera significativa a reducir la probabilidad de que los trabajadores contraigan este

tipo de enfermedades.

6 Bibliografía

1. Vaqué J, Roselló J, Arribas JI. Prevalence of nosocomial infections in Spain: EPINE study 1990-1997. EPINE Working Group. J Hosp Infect.1999; 43 Suppl:105-11.
2. Morelos Ramírez Rubén, Ramírez Pérez Maritona, Sánchez Dorantes Guadalupe, Chavarín Rivera Carolina, Meléndez-Herrada Enrique. El trabajador de la salud y el riesgo de enfermedades infecciosas adquiridas. Las precauciones estándar y de bioseguridad. Rev. Fac.Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2014 Ago [citado 2020 Ene 31] ; 57(4): 34-42.
3. Friedman ND, Kaye KS, Stout JE, et al. Health Care–Associated Bloodstream Infections in Adults: A Reason To Change the Accepted Definition of Community-Acquired Infections. Ann Intern Med. 2002;137:791–797.
4. https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/
5. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X13000025#aep-articlefootnote-id7>
6. Pérez E, Fernández AM. Auxiliar de Enfermería. Séptima edición. McGrawHill/Interamericana de España, S.L. Madrid, 2016. Pag 477-495.

Capítulo 211

EFECTO DE LA APLICACIÓN DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR EN FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON HOMBRO DOLOROSO Y POSIBLES DAÑOS PRODUCIDOS

MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID

EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN

MARIA TERESA POBLETE MANZANARES

PILAR VERA MUÑOZ

RAQUEL BRAZAL ARAGON

1 Introducción

El dolor en el hombro afecta a una gran parte de la población (1). Lo que implica una gran pérdida económica en la sociedad debido a la gran cantidad de bajas laborales, así como gran discapacidad o disfunción que puede producir en las actividades de la vida diaria mientras se sufre la lesión. Una de las principales causas del dolor en el hombro es la alteración ya sea de tipo tendinosa o muscular en el manguito de los rotadores (2). Muchas de ellas provocada por el exceso de carga en la vida deportiva o diaria, así como posibles traumatismos. Además, existen

múltiples patologías musculoesqueléticas que pueden provocar dolor en hombro como enfermedades degenerativas, enfermedades inflamatorias, tumores, malas posturas y traumatismos (3). Frecuentemente el dolor en el hombro viene acompañado por un déficit del control neuromuscular y pérdida de movilidad articular en la articulación glenohumeral.

El objetivo en los últimos años en el tratamiento del hombro doloroso es buscar un tratamiento eficaz y lo menos invasivo posible. El tratamiento conservador de fisioterapia en hombro doloroso busca el objetivo de mejorar el control motor, mejorar el recorrido articular, buscar la causa que ha provocado la lesión y disminuir el dolor. Uno de los tratamientos de rehabilitación que se utilizan con más frecuencia es el vendaje neuromuscular o kinesiotape (4). Una de las principales hipótesis por el cual el vendaje neuromuscular produce beneficios, es la tracción dirigida sobre la piel, teniendo beneficios indirectos sobre ciertos mecanorreceptores subcutáneos y a su vez sobre el tejido muscular. Aunque aún no hay estudios que comprueben o entiendan el mecanismo fisiológico del vendaje neuromuscular sobre el tejido muscular (5).

La evidencia del efecto de vendaje neuromuscular o kinesiotaping sigue siendo contradictoria, aunque hay estudios que respaldan el uso del vendaje neuromuscular o kinesiotaping, otros tantos artículos indican que el vendaje neuromuscular o kinesiotaping puede afectar negativamente el sentido de la posición de la articulación (6). El objetivo de nuestra revisión fue realizar una búsqueda bibliográfica para comprobar el efecto del vendaje neuromuscular en hombros dolorosos, y intentar comprobar si hay diferencias significativas con respectos a tratamientos placebos. O incluso si existen efectos adversos con la aplicación del vendaje.

2 Objetivos

Analizar y comprobar los resultados y beneficios del vendaje neuromuscular en pacientes con dolor de hombro, así como posibles efectos adversos del vendaje neuromuscular en la articulación.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos (Pubmed, Pedro, y Google académico). En las que se utilizaron las palabras clave ("taping" and "shoulder" and "pain"). Filtradas para analizar artículos con una antigüedad no superior a 5 años. Se filtraron artículos de revisión sistemática con o sin metaanálisis.

sis y ensayos clínicos, eliminando cualquier tipo de artículo que no cumpliera las características mencionadas anteriormente. De la búsqueda se encontraron 60 artículos para su revisión y análisis. Se eliminaron 45 por no cumplir los criterios de inclusión, la mayoría por incorporar una articulación en el estudio distinta al hombro. Los 15 artículos seleccionados se analizaron de lectura completa quedando 4 finalmente en los que pudimos sacar la información y comparar y estudiar el objetivo marcado.

4 Resultados

En el artículo 1 analizado ensayo “Kinesiotaping for the Rehabilitation of Rotator Cuff-Related Shoulder Pain: A Randomized Clinical Trial” no se observaron diferencias significativas entre grupos de intervención con vendaje y grupo en el que no se aplicó vendaje. Ambos grupos realizaron un programa de rehabilitación de 6 semanas. en un grupo se aplicó intervención de rehabilitación de 6 semanas más vendaje neuromuscular, mientras que el en otro grupo una intervención de rehabilitación sin vendaje. Por lo tanto, no se observaron mejoría, ni tampoco se observó que fuese perjudicial para la articulación.

Los resultados del segundo artículo analizado fue una revisión sistemática con metaanálisis “Efficacy of Kinesio taping in treatment of shoulder pain and disability: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials”.

Mostró una leve mejoría siempre que se combinaba con ejercicio terapéutico.

Pero no hay diferencias significativas en comparación con los grupos placebos.

No se observó ninguna contradicción en la aplicación de la técnica o efecto adverso.

En el tercer artículo analizado “Effects of Kinesiotaping on disability and pain in patients with rotator cuff tendinopathy: double – blind randomized clinical trial” ensayo clínico aleatorizado con doble ciego. En el que se aplicó vendaje en un grupo de personas afectadas con hombro doloroso y placebo en otro grupo. No se observaron diferencias significativas a corto plazo, ni tampoco a largo plazo. No se observó efecto adverso.

En el cuarto artículo analizado “The efficacy and Treatment Fidelity of Kinesiology Taping in Conjunction With Conservative Treatment Interventions Among Individuals With Shoulder Pain: A Systematic Review with Meta-Analysis. El estudio corrobora ciertas diferencias significativas en el recorrido articular, en el que el vendaje neuromuscular o kinesiotape parece mejorar la movilidad del hombro. Sin embargo, no se encontraron diferencias en el dolor, ni tampoco que puede ser perjudicial para la articulación.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica, análisis y estudio de los diferentes estudios encontrados, no podemos mencionar diferencias significativas sobre el efecto positivo del vendaje neuromuscular o kinesiotape ni tampoco encontramos diferencias significativas respecto a los efectos adversos. Por lo tanto, necesitamos más estudios para seguir analizando el efecto de la técnica en hombro doloroso.

Tras el análisis de los diferentes estudios encontramos una gran diversidad a la hora de aplicar la técnica, tanto la colocación del vendaje, así como la tracción o tensión que se aplicaba en el hombro doloroso, variaba mucho de unos estudios a otros. Por lo tanto, quizás se deberían buscar estudios de técnicas de colocación más precisas de cara a futuras revisiones bibliográficas.

6 Bibliografía

1. Urwin M, Symmons D, Allison T, et al. Estimación de la carga de los trastornos musculoesqueléticos en la comunidad: la prevalencia comparativa de los síntomas en diferentes sitios anatómicos y la relación con la privación social . *Ann Rheum Dis* . 1998; 57 :649-655. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [GoogleScholar].
2. Chard MD, Hazleman R, Hazleman BL, King RH, Reiss BB. Trastornos del hombro en los ancianos: una encuesta comunitaria . *Arthritis Rheum* . 1991; 34 :766-769. [PubMed] [Google Académico].
3. A. Kalron, S. Bar-Sela A systematic review of the effectiveness of kinesio taping- fact or fashion? *Eur J Phys Rehabil Med*, 49 (2013), pp. 699-70View in ScopusGoogle Scholar.
4. Şimşek HH, Balki S, Keklik SS, Öztürk H, Elden H. Does Kinesio taping in addition to exercise therapy improve the outcomes in subacromial impingement syndrome? A randomized, double-blind, controlled clinical trial. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2013;47(2):104–110. doi: 10.3944/aott.2013.2782. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list].
5. 13. Kinesio HK: The original from Dr. Kenzo Kaze since 1979. <http://www.kinesiotaping.com/about/>. Accessed 17 March 2020. [Ref list]. 714
6. Alam S, Malhotra D, Munjal J, Chachra A. Immediate effect of Kinesio taping on shoulder muscle strength and range of motion in healthy individuals: A randomised trial. *Hong Kong Physiother J*. 2015;33(2):80-88. doi:10.1016/j.hknpj.2014.10.004 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] [Ref

list].

Capítulo 212

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REANIMACIÓN

CRISTINA SÁNCHEZ CORTÉS

NURIA SIERRA MADERO

ANA MARÍA CORDOVILLA VILLENA

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

1 Introducción

La Reanimación Postquirúrgica o Rea General es una Unidad perteneciente al Hospital integrada en el Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del dolor, al cual se atienden a los pacientes durante las 24 horas, con un equipo multidisciplinar y muy profesional, con una tecnología especializada para cada patología. Asiste a pacientes que requieren cuidados especializados después de una intervención quirúrgica, algunos de ellos en estado crítico. Normalmente, suele disponer de alrededor una serie de veinte camas, de manera que la mitad estarán dotadas para las personas que necesiten de cuidados intensivos e intermedios y las otras para la recuperación post-anestesia.

En esta unidad, se pretende que los pacientes se recuperen, presenten cada vez más autonomía y tengan menos dolor, para ello se evalúan los niveles de dolor con sedación y analgesia, también a través de la perfusión de analgésicos, implantes de reservorios, bloqueos nerviosos etc. Pero además también esta unidad tendrá como objetivos la investigación y docencia.

El equipo que lo forma está formado por: médicos anestesistas, médicos de reanimación, personal del equipo de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores especializados. El TCAE deberá de controlar las constantes vitales frecuentemente, que se encuentra limpio y aseado, vigilará el pañal, podrá ayudar al celador a los cambios posturales, etc. Nunca se deberá dar el alta al paciente de la sala de reanimación hasta que los parámetros respiratorios, circulatorios y de consciencia sean los adecuados y normales.

2 Objetivos

- Informar la importancia del papel del TCAE en el servicio de Reanimación del hospital, y su adecuada formación para ofrecer un servicio de calidad.

3 Metodología

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 que desarrolla sus funciones en el Servicio de Reanimación, 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

Generalmente, la labor imprescindible del TCAE será la toma de las constantes se toman por la mañana y por la tarde, como mínimo, en casos de gravedad se tomarán más veces, estas son las siguientes que detallamos:

1/ La temperatura corporal que deberá estar entre 36 y 37° grados, y si el paciente presentara unos parámetros desde los 34 a los 41, habría que extremar las precauciones y estar pendiente de su evolución avisando al personal de enfermería. Los termómetros pueden ser por infrarrojos, digitales o de vidrio, colocándose bajo la axila; en la vía rectal es más incómoda para el paciente pero más exacta.

2/ La frecuencia cardiaca: medido a través del pulso utilizando distintas técnicas como la toma del pulso radial, periférico o con la monitorización con electrodos en el tórax, arrojando unos datos entre 60 y 100 latidos por minuto, si sobrepasa esta cantidad, estaríamos ante un caso de taquicardia.

3/ La frecuencia respiratoria: sus valores oscilan entre 12 y 18 respiraciones por minuto, de manera que si se observa que no puede respirar por sí mismo, se debe de intubar y utilizar respirador. Si la frecuencia es mayor de 24, nos encontramos ante un cuadro de taquipnea, y si es menor a 10, de bradipnea.

4/ La saturación de oxígeno: el TCAE lo mide con la pulsioximetría, el cual permite saber el porcentaje de oxígeno en sangre.

5/ La tensión arterial: es presión que ejerce la sangre dentro de las arterias, la cual varía según la edad, lo normal es la sistólica menos a 120 y la diastólica menor a 80.

El TCAE realizará las siguientes funciones en este Servicio:

1. La toma de constantes como hemos visto.
2. Avisar a un celador para que colabore con él en la realización de cambios posturales, para que el paciente pueda descansar mejor y no estar siempre en la misma posición y se eviten las úlceras por presión.
3. Animar al paciente para que haga ejercicios respiratorios, de expectoración, y de movimiento para que empiece a andar si no está contraindicado.
4. Realizar el aseo teniendo precaución con los aparatos conectados, con las sondas, con los apósitos, etc.
5. Comprobar que los vendajes y apósitos estén siempre secos, no están despegados, ni presentan humedad.
6. A la hora de repartir las bandejas de las comidas, comprobar que la que se le va a dejar coincide con el tipo de dieta pautada. Si no puede comer, solo se le ayudará en la tarea de alimentación, dándole agua.
7. Control estricto de sangrado para detectar posibles hemorragias, avisando al equipo de enfermería.
8. Comprobar el estado del pijama y de las sábanas, cambiándolas cuando sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

La medición de las constantes vitales y su registro por parte del TCAE ayuda a los médicos y enfermería que puedan seguir el control evolutivo de la salud del paciente ingresado en el Servicio de Reanimación, el cual atenderá a pacientes que lo necesiten tras un proceso operatorio, y que están en un proceso crítico o con dolor. El TCAE deberá de avisar ante cualquier incidencia que observe en la salud del paciente, para poder actuar de forma rápida y estabilizarlo. Las constantes son la frecuencia cardíaca y respiratoria, la saturación de oxígeno, la temperatura y la tensión arterial.

Además, la labor del TCAE será supervisar los vendajes y apósitos, cambiar las sábanas y la lencería del paciente, ayudarle en la alimentación, animarle a que beba agua, vigilar que no haya ruidos ni voces altas que puedan molestarlo o que impidan su descanso, etc.

6 Bibliografía

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

Capítulo 213

LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA MATERNIDAD

NOEMI SABIDO GARCÍA

DIANA LAGUNA CANO

MARIA EUGENIA SERRANO SANCHEZ

ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO

LARA PALOMARES REBOLLERO

1 Introducción

El trabajo del Técnico Auxiliar de Enfermería (TCAE) es apoyar y ayudar al resto del personal sanitario, como médicos y enfermeras. No solo necesita satisfacer las necesidades de estos profesionales, sino que también tiene como objetivo preparar al paciente. Su labor como TCAE se puede realizar en diversos servicios y unidades. Este artículo detalla las funciones que desempeñan en el campo de la obstetricia. La mayoría de los nacimientos del mundo se dan a las mujeres que no tienen factores de peligro para sus complicaciones o sus bebés al principio. Sin embargo, dar a luz es esencial para que las mujeres y los bebés sobrevivan, ya que las complicaciones pueden aumentar significativamente el riesgo de enfermedad y muerte. Por ello, los cuidados recibidos durante este período son muy importantes tanto para la madre como para el bebé.

Después de dar a luz, comienza el período puerperal. Este es el momento en que una mujer pasa por una serie de cambios en el cuerpo y vuelve casi a su estado anterior al embarazo. Las glándulas mamarias son una excepción, ya que este es el momento en que las glándulas mamarias comienzan a funcionar y desarrollar su máximo potencial. Esta etapa suele durar unas 6-8 semanas.

2 Objetivos

Dar a conocer los tipos de cuidados que se realizan durante el parto y posteriormente, en el período puerperal, por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando una paciente embarazada comienza el trabajo de parto, una de las primeras tareas del TCAE es llevar a la paciente a su habitación. Hay que acostarla, colocarla en la posición que más le convenga y ayudarla a ponerse el negligé obligatorio. Si aún no ha tenido trabajo de parto, puede iniciarlo usted misma, pero el trabajo del TCAE siempre es ayudarla a entrar en trabajo de parto y facilitarle las cosas a su bebé.

Las mujeres prenatales pueden estar inquietas y nerviosas porque no pueden ingresar a la sala de partos hasta que sus cuerpos estén completamente expandidos. Tranquilícelo, tranquilícelo, hágale saber cómo va el proceso y cuándo puede ingresar a la sala de parto. En este punto, la matrona debe preparar la sala de partos, limpiar la sala de partos si faltan piezas y preparar todos los artículos desinfectados que el equipo médico necesitará durante el trabajo de parto. Cuando llega la paciente, se debe apoyar a la paciente en la posición más adecuada para el trabajo de parto. Si es necesario, rasurar el área genital o la incisión será otra tarea si el parto se realiza por cesárea.

Cuando todo está listo, parteras, enfermeras y, si es necesario, médicos ingresan a la sala de partos y permiten que la paciente continúe con el trabajo de parto. Los asistentes de enfermería deben conocer los nombres de todos los equipos disponibles para proporcionar al equipo médico. También ayuden al equipo con las tareas requeridas y realicen las tareas que el equipo pueda requerir. También se espera que se mantenga en contacto con su equipo para mantenerse al día. Después de que una mujer da a luz, comienza el período puerperal. Esta fase se divide en tres fases:

El posparto inmediato comprende las primeras 24 horas después del nacimiento.

- Experiencia postnatal temprana o clínica de hasta 7 días.
- Un período retrasado dura desde el día 8 hasta que aparece el primer período menstrual. Las mujeres son monitoreadas de cerca durante esta o dos primeras horas, ya que es el momento en que el riesgo de complicaciones es mayor.

La habitación con el departamento recién trasladado debe contar con todo el equipamiento necesario para evitar complicaciones. Las mujeres aquí no pueden expresar su dolor, incluso si se alivia, porque los efectos son persistentes. Una vez que la mujer esté estable y todo vaya bien, irá al hospital. También se requiere una monitorización hemodinámica detallada después de que la mujer haya estado allí durante 6 a 8 horas después del parto, pero es algo más flexible que las primeras 2 horas.

Durante la fase clínica, algunos cuidados son proporcionados por los servicios de salud.

La atención especializada y de otro tipo mientras una mujer está hospitalizada es proporcionada por la atención primaria. En el momento del alta, el personal de enfermería debe preparar un aviso de alta y asesorar a la madre sobre el cuidado de sí misma y de su bebé al momento del alta. Las madres deben tener información sobre dónde revisar y monitorear, y señales de advertencia de que deben acudir al hospital, tales como:

- Temperatura > 38°C. - Sangrado vaginal.
- Olor a loquía.
- Signos de inflamación de la mama, episiotomía, etc.
- Dificultad para respirar o problemas.
- Síntomas de infección del tracto urinario.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos y destacamos de este capítulo que el cuidado del técnico de cuidados auxiliares de enfermería hacia una mujer embarazada durante y después del parto

son vitales para la vida del bebé y de la madre. En mi opinión, se debe fomentar más la importancia de que los padres se involucren más en todo este proceso y la importancia de que el bebé tenga contacto piel con piel con la madre, no solo con la madre. Un examen completo de la madre es de suma importancia durante las primeras dos horas después del parto, ya que puede ser peligroso.

6 Bibliografía

1. Grupo de trabajo sobre asistencia al parto y puerperio normal. Sección de medicina perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Editor: E. Fabré González. pp.: 367-420.
2. Jean Dickason, E, Lang Silverman, B, Olsen Schult, M. Enfermería materno infantil. 2.^a edición. Mosby/Doyma. pp: 341-373.
3. Mccloskey Dochterman, Joanne y Bulechek Gloria, M. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). Cuarta edición. Elsevier Mosby.

Capítulo 214

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

DIANA LAGUNA CANO

MARIA EUGENIA SERRANO SANCHEZ

ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO

LARA PALOMARES REBOLLERO

NOEMI SABIDO GARCÍA

1 Introducción

Un número significativo de veces, la insuficiencia renal es una enfermedad progresiva. Cuando una persona se entera de que tiene una enfermedad renal crónica, tiene un impacto psicológico y emocional negativo que la enoja y la frustra. El paciente deberá tener la capacidad de adaptarse a los cambios que se producirán a lo largo de todo el proceso. Los pacientes que tienen insuficiencia renal aguda o crónica suelen someterse a este procedimiento. Los riñones de estas personas ya no son capaces de realizar sus funciones normales, y cualquier interrupción o disminución de la función renal es extremadamente peligrosa y requiere hemodiálisis, con frecuencia de inmediato. El paciente generalmente experimenta solo efectos secundarios menores de la hemodiálisis. La punción de

la fístula arteriovenosa puede causar molestias leves, como dolores de cabeza, calambres e hipotensión (presión arterial baja) durante todo el procedimiento. Debido a su creciente incidencia en la población, el creciente esfuerzo de la comunidad médica para combatirla, su impacto socioeconómico, su prevalencia, su potencial letal y sus efectos sobre el paciente, esta enfermedad es considerada actualmente como un problema de salud pública. Las medidas asistenciales primarias encontradas incluyen mantener un buen acceso vascular venoso y asepsia durante el procedimiento, controlar las constantes vitales cada treinta minutos y observar y controlar los síntomas y signos que puedan aparecer durante la sesión de HD.

2 Objetivos

- Describir y desarrollar las funciones que realiza en Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería dentro del servicio de hemodiálisis en general.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como se ha mencionado anteriormente, el equipo de enfermería, el cual podemos decir que está formado por los TCAE y los enfermeros y las enfermeras, son imprescindibles para que el trabajo salga correctamente. Para ello deben de conocer a la perfección sus funciones para realizarlas correctamente. Además, no solo deben de conocer sus funciones, si no, también las cosas que tienen prohibido realizar, tanto los enfermeros y las enfermeras como los TCAE, ya que en el caso de que realizaran algo que tengan prohibido hacer y al paciente le suceda algo, pueden tener en serios problemas e incluso perder su trabajo. El personal TCAE es fundamental en la Unidad de hemodiálisis, ya que sin sus funciones el trabajo no se podría realizar correctamente. Las funciones que tiene el TCAE en la sala de hemodiálisis son: mantener la sala limpia y ordenada, reponer el

material que sea necesario, limpiar las máquinas que se hayan utilizado por los pacientes, etc. Estas funciones, que se han mencionado anteriormente, son funciones técnicas, es decir, que no tienen contacto con el paciente. Ahora se va a hablar de las funciones relacionales, que sí que tienen contacto con el paciente y lo más importante es que hay que tener en cuenta que se está tratando con una persona, por lo que hay que tener una serie de cuidados, tanto a nivel físico como a nivel psicológico. Estas son las funciones: atender al paciente, confirmar su cita, historia clínica, etc., después se debe pasar al paciente a su máquina correspondiente para que la enfermera disponga ahora de sus funciones. El TCAE debe de estar en todo momento con el equipo de enfermería para colaborar en todo lo que necesiten.

5 Discusión-Conclusión

El equipo de enfermería es primordial en la rama sanitaria, porque sin ellos la sanidad y el trabajo profesional no se podría realizar. El equipo de enfermería está compuesto por los TCAE y los enfermeros y las enfermeras, estos deben de estar bien cualificados y preparados para cualquier tipo de situación. Ya no solo tienen que tener habilidades técnicas y conocimientos para entender, comprender y saber reaccionar dentro de su materia y campo, sino también habilidades psicológicas para poder entender a los pacientes por la situación que están pasando y lo más importante es tener mucha empatía tanto con los pacientes como con sus respectivos familiares.

6 Bibliografía

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

Capítulo 215

REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR, DEFIBRILADORES AUTOMÁTICOS VISTO POR LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

M^a DEL ROCIO DIAZ FERNANDEZ

ELADIO ROJO FERNANDEZ

ALEJANDRO MATA ROMAY

MARÍA MARCOS ESCUDERO

LUCIA DIAZ RIVERO

1 Introducción

La reanimación cardio pulmonar (RCP) es un conjunto de maniobras que se realizan para intentar recuperar la circulación y la respiración de una persona que ha sufrido un paro cardiorrespiratorio. El paro cardiorrespiratorio es una situación de emergencia que puede provocar la muerte o secuelas neurológicas graves si no se trata de forma inmediata. Se estima que cada año se producen unos 375.000 casos de paro cardiorrespiratorio extrahospitalario en Europa, con una tasa de supervivencia del 10,6%. En España, concretamente, las cifras se sitúan en torno a

unos 30.000 casos anuales, con una tasa de supervivencia del 5% (fuente: artículo de López-Messa et al.)

Uno de los factores que más influye en la supervivencia es el tiempo transcurrido desde el inicio del paro hasta la aplicación de la RCP y la desfibrilación. La desfibrilación es el tratamiento específico para revertir las arritmias ventriculares que causan el paro cardiorrespiratorio, como la fibrilación ventricular o la taquicardia ventricular sin pulso. Consiste en aplicar una descarga eléctrica al corazón para restablecer su ritmo normal. La desfibrilación se puede realizar con un desfibrilador manual, que requiere personal sanitario entrenado, o con un desfibrilador automático externo (DAE), que es un dispositivo que analiza el ritmo cardíaco y guía al usuario mediante instrucciones verbales o visuales.

Los DAE se han diseñado para ser utilizados por cualquier persona, incluso sin formación previa, en lugares públicos donde se pueda producir un paro cardiorrespiratorio, como aeropuertos, estaciones de tren, centros comerciales, colegios o instalaciones deportivas. Se ha demostrado que el uso de los DAE aumenta la supervivencia de los pacientes con paro cardiorrespiratorio extrahospitalario hasta en un 75%. Sin embargo, existen barreras para su implementación, como el coste, la legislación, la logística o la falta de concienciación social.

El objetivo de este estudio bibliográfico es analizar la importancia de la RCP y los DAE en el manejo del paro cardiorrespiratorio extrahospitalario, así como las ventajas y los retos que supone su difusión en la población general.

2 Objetivos

- Describir los conceptos básicos de la RCP y los DAE, así como los pasos a seguir para realizarlos correctamente.
- Explicar las evidencias científicas que avalan la eficacia de la RCP y los DAE en el aumento de la supervivencia del paro cardiorrespiratorio extrahospitalario.
- Identificar las principales barreras para la accesibilidad y el uso de los DAE en los espacios públicos.
- Proponer posibles soluciones para mejorar la disponibilidad y el conocimiento de la RCP y los DAE entre la ciudadanía.

3 Metodología

Para realizar este análisis se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema. Se han seleccionado artículos científicos publicados en revistas indexadas, preferentemente en los últimos cinco años, que abordan aspectos relacionados

con la RCP y los DAE desde una perspectiva clínica y social. Se han utilizado las siguientes palabras clave: reanimación cardio pulmonar, desfibrilador automático externo, paro cardiorrespiratorio extrahospitalario, supervivencia, accesibilidad, educación. Se han excluido aquellos artículos que no se ajustaban al objetivo del ensayo, que presentaban una calidad metodológica baja o que estaban escritos en idiomas distintos al español o al inglés.

4 Resultados

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos de la revisión bibliográfica, organizados según los objetivos específicos del ensayo.

#Conceptos básicos de la RCP y los DAE

La RCP es una técnica que consiste en aplicar compresiones torácicas y ventilaciones boca a boca a una persona que ha sufrido un paro cardiorrespiratorio, con el fin de mantener el flujo de sangre oxigenada al cerebro y al corazón hasta que se restablezca el ritmo cardíaco normal o se disponga de un desfibrilador. La RCP se basa en la llamada cadena de supervivencia, que comprende cuatro eslabones: reconocimiento y activación del sistema de emergencias, RCP precoz, desfibrilación precoz y cuidados post-resucitación.

Los DAE son aparatos electrónicos que detectan las arritmias ventriculares que causan el paro cardiorrespiratorio y administran una descarga eléctrica al corazón si es necesario. Los DAE son fáciles de usar, ya que incorporan un sistema de voz o de pantalla que indica al usuario cómo colocar los electrodos en el pecho del paciente, cómo iniciar el análisis del ritmo cardíaco y cómo aplicar la descarga si procede. Del mismo modo, son seguros, ya que solo dan la descarga si detectan una arritmia susceptible de ser revertida, evitando así el riesgo de electrocutar a una persona con un ritmo cardíaco normal o a otra persona que esté en contacto con el paciente.

Los pasos a seguir para realizar una RCP y usar un DAE son los siguientes:

- Comprobar la seguridad del lugar y la respuesta del paciente.
- Pedir ayuda y llamar al número de emergencias.
- Abrir la vía aérea e iniciar la RCP con 30 compresiones torácicas y dos ventilaciones boca a boca. Continuar con ciclos de 30:2 hasta que llegue el desfibrilador o el personal sanitario.
- Encender el desfibrilador y seguir las instrucciones de voz o de pantalla. Colocar los electrodos en el pecho del paciente, asegurándose de que nadie lo toque. Dejar que el desfibrilador analice el ritmo cardíaco. Si indica que hay que dar una

descarga, alejarse del paciente y pulsar el botón correspondiente. Si no indica que haya que dar una descarga, continuar con la RCP.

- Repetir el ciclo de análisis y descarga cada dos minutos hasta que llegue el personal sanitario o el paciente recupere la consciencia.

#Evidencias científicas sobre la eficacia de la RCP y los DAE

Numerosos estudios han demostrado que la RCP y los DAE son intervenciones efectivas para mejorar la supervivencia del paro cardiorrespiratorio extrahospitalario. Algunos ejemplos son:

- Un estudio (Sasson, C., Rogers, M. A., Dahl, J., Kellermann, A. L. 2010) constató que si los testigos iniciaban maniobras de RCP, las probabilidades de sobrevivir al evento podían incrementarse hasta en 5 veces. De hecho, por cada minuto de retraso en el inicio de las maniobras de RCP, disminuyen entre un 8% y un 10% las posibilidades de supervivencia de las víctimas (1).

- En otra investigación publicada en BMC Health Services Research (2) concluyó que la RCP y el uso de desfibriladores automáticos externos (DEA) son componentes esenciales en todos los cursos de soporte vital básico (BLS). Para completar con éxito un curso BLS, el proveedor debe demostrar las habilidades psicomotoras y el conocimiento cognitivo necesarios para proporcionar RCP de manera efectiva.

- Del mismo modo, Un análisis publicado en Critical Care (3) constató que la iniciación temprana, la buena calidad de la RCP y el uso de un DEA mejoraron significativamente la supervivencia y los resultados a largo plazo en los sobrevivientes de paro cardíaco extrahospitalario.

- Otro ejemplo son los datos obtenidos de un estudio publicado en Harvard Health (4) que encontró que una combinación de desfibrilador y RCP mejoró la tasa de supervivencia en comparación con la RCP sola (23% versus 14%). Sin embargo, también se señala que si se busca un DEA mientras se descuida la RCP, se pueden perder minutos que salvan vidas.

Estos y otros estudios confirman que la RCP y los DAE son medidas esenciales para salvar vidas en caso de paro cardiorrespiratorio extrahospitalario, y que su aplicación precoz y adecuada es determinante para el pronóstico de los pacientes.

#Barreras para la accesibilidad y el uso de los DAE

A pesar de los beneficios demostrados de los DAE, su implantación y utilización en la comunidad sigue siendo limitada. Algunas de las barreras que dificultan su accesibilidad y uso son:

- El coste económico de los DAE, que puede suponer un obstáculo para su adquisición e instalación por parte de las entidades públicas o privadas que gestionan

los espacios públicos.

- La legislación vigente en cada país o región, que puede variar en cuanto a los requisitos para la instalación, el mantenimiento, el registro o la supervisión de los DAE, así como a las responsabilidades legales de los usuarios o los propietarios de los dispositivos.
- La logística necesaria para garantizar la disponibilidad, la visibilidad, la accesibilidad y el funcionamiento óptimo de los DAE, así como para coordinar su uso con el sistema de emergencias y el traslado hospitalario de los pacientes.
- La falta de concienciación social sobre la importancia y la utilidad de los DAE, así como sobre la capacidad y el derecho de cualquier persona a utilizarlos en caso de presenciar un paro cardiorrespiratorio.
- La falta de formación específica o la pérdida de habilidades sobre la RCP y el uso de los DAE por parte de la población general, que puede generar miedo, dudas o inseguridad a la hora de actuar ante una emergencia.

Estas barreras suponen un reto para la implementación efectiva de los programas de RCP y DAE en la comunidad, y requieren de estrategias multidisciplinares y multisectoriales para superarlas.

#Posibles soluciones para mejorar la disponibilidad y el conocimiento de la RCP y los DAE

Para mejorar la disponibilidad y el conocimiento de la RCP y los DAE entre la ciudadanía, se pueden proponer las siguientes soluciones:

- Reducir el coste económico de los DAE mediante subvenciones, donaciones, patrocinios o modelos de financiación compartida entre las entidades públicas y privadas involucradas.
- Armonizar la legislación sobre los DAE entre los diferentes países o regiones, estableciendo criterios comunes y claros que faciliten su instalación, su mantenimiento, su registro y su supervisión, así como que protejan legalmente a los usuarios o propietarios de los dispositivos.
- Optimizar la logística de los DAE mediante sistemas de geolocalización, señalización, alarma o comunicación que permitan identificar fácilmente su ubicación, acceder rápidamente a ellos, verificar su estado y alertar al sistema de emergencias cuando se utilicen.
- Sensibilizar a la sociedad sobre la importancia y la utilidad de los DAE mediante campañas informativas, educativas o publicitarias que difundan el mensaje de que cualquier persona puede salvar una vida con su uso.
- Formar a la población general sobre la RCP y el uso de los DAE mediante cursos presenciales u online, simulacros prácticos o aplicaciones móviles que enseñen las técnicas básicas y refuercen las habilidades y la confianza para actuar ante

una emergencia.

Estas soluciones pueden contribuir a mejorar la disponibilidad y el conocimiento de la RCP y los DAE entre la ciudadanía, lo que se traduciría en un aumento de la supervivencia del paro cardiorrespiratorio extrahospitalario.

5 Discusión-Conclusión

En este estudio se ha analizado la importancia de la RCP y los DAE en el manejo del paro cardiorrespiratorio extrahospitalario, así como las ventajas y los retos que supone su difusión en la población general. Se ha concluido que:

- La RCP y los DAE son intervenciones efectivas para mejorar la supervivencia del paro cardiorrespiratorio extrahospitalario, y que su aplicación precoz y adecuada es determinante para el pronóstico de los pacientes.
- La implantación y utilización de los DAE en la comunidad sigue siendo limitada, debido a barreras de tipo económico, legal, logístico o social que dificultan su accesibilidad y uso.
- Se pueden proponer soluciones para mejorar la disponibilidad y el conocimiento de la RCP y los DAE entre la ciudadanía, basadas en la reducción del coste, la armonización de la legislación, la optimización de la logística, la sensibilización social y la formación general.

Como limitaciones de esta investigación, se puede señalar que se ha basado en una revisión bibliográfica que puede haber omitido algunos estudios relevantes debido a que se ha centrado en un contexto europeo y otros países desarrollados, lo que implica que pueda no ser extrapolable a otras regiones del mundo con diferentes características demográficas, sanitarias o culturales.

Por otro lado, como recomendaciones para futuras investigaciones, se puede sugerir que se realicen estudios más rigurosos y actualizados sobre la eficacia de la RCP y los DAE en diferentes escenarios y poblaciones, que se evalúen las intervenciones más efectivas para superar las barreras existentes y que se monitoricen los resultados de los programas de RCP y DAE en la comunidad.

6 Bibliografía

(1)- Sasson, C., Rogers, M. A., Dahl, J., Kellermann, A. L. (2010). Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3(1), 63-81. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.889576

- (2)- Yeung, J., Okamoto, D., Soar, J., Perkins, G.D., Aickin, R., & Perkins G.D. (2017). Adult basic life support and automated external defibrillation: summary of the International Liaison Committee on Resuscitation recommendations focused on lay rescuers: an advisory statement from the Basic Life Support and Automated External Defibrillation Working Group. *BMC Health Services Research*, 17(1), 729. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2621-5>
- (3)-Kitamura, T., Kiyohara, K., Sakai, T., Matsuyama, T., Hatakeyama, T., Shimamoto, T., Izawa, J., Fujii, T., Nishiyama, C., Kawamura, T., Iwami, T., & Kajino, K. (2020). The global survival rate among adult out-of-hospital cardiac arrest patients who underwent cardiopulmonary resuscitation with or without an automated external defibrillator: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 24(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2773-2>
- (4)-Harvard Health Publishing. (2005). AEDs and CPR: Lifesaving acronyms everyone should know. https://www.health.harvard.edu/press_releases/aed-cpr
- Perkins GD, Handley AJ, Koster RW, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2020: Basic life support. *Resuscitation*. 2020;156:A10-A34.
 - Gräsner JT, Lefering R, Koster RW, et al. EuReCa ONE-27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. *Resuscitation*. 2016;105:188-195.
 - Kitamura T, Iwami T, Kawamura T, et al. Conventional and chest-compression-only cardiopulmonary resuscitation by bystanders for children who have out-of-hospital cardiac arrests: a prospective, nationwide, population-based cohort study. *Lancet*. 2010;375(9723):1347-1354.
 - Hallstrom AP, Ornato JP, Weisfeldt M, et al. Public-access defibrillation and survival after out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med*. 2004;351(7):637-646.
 - Folke F, Lippert FK, Nielsen SL, et al. Location of cardiac arrest in a city center: strategic placement of automated external defibrillators in public locations. *Circulation*. 2009;120(6):510-517.

Capítulo 216

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): NUTRICIÓN. PATOLOGÍAS NUTRICIONALES

MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ

TANIA DURAN CARRASCO

VANESSA MARÍA GUZMÁN MORA

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

De acuerdo con los estatutos y reales decretos vigentes, a los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería le corresponde funciones relacionadas con la alimentación tales como la distribución de las bandejas o dar de comer al paciente que no tiene autonomía propia para ello, como la alimentación y la nutrición (aunque conceptos totalmente diferenciados) están íntimamente relacionados en este capítulo hemos decidido hablar de la nutrición y de las enfermedades que se derivan de una mala nutrición o enfermedades nutricionales, ya que en países como España (más o menos industrializado y relativamente rico las investigaciones nutricionales han demostrado la relación de determinadas enfermedades crónicas con la alimentación).

El sustantivo femenino nutrición es una palabra procedente del latín, tras las derivaciones pertinentes del verbo latino su origen en el vocablo latino nutrīre (nutrir) traducido literalmente por la acción de proporcionar elementos al cuerpo, estos elementos se obtienen a partir de los alimentos que dentro del organismo sufren una serie de reacciones químicas (conocido por el nombre de metabolismo) que las transforma en nutrientes que pueden ser absorbidos por las células que componen los tejidos, órganos y sistemas que conforman el organismo humano y que permiten mantenerlo con vida.

Cuando el organismo no recibe los nutrientes necesarios (en cuanto a cantidad y tipos de estos necesarios) surgen las enfermedades nutricionales.

2 Objetivos

Poner en conocimiento algunas de las enfermedades crónicas más importantes relacionadas con la mala nutrición o enfermedades nutricionales (causas, prevención, etc.).

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, nutrición, etimología y definición y enfermedades crónicas más importantes relacionadas con la mala nutrición o enfermedades nutricionales (causas, prevención, etc.).

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los TCAE relacionadas con la alimentación, nutrición, etimología y definición y enfermedades crónicas más importantes relacionadas con la mala nutrición o enfermedades nutricionales (causas, prevención, etc.), artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Entre las enfermedades crónicas nutricionales podemos destacar:

- Enfermedad cardíaca arterioesclerótica: consistente en el cambio producido en las arterias, bien por endurecimiento, engrosamiento o acumulación de grasa debido a factores como padecer presión arterial elevada, tener elevado el colesterol o triglicéridos, consumir tabaco, padecer diabetes y/o tener obesidad.

Para evitar padecer esta enfermedad es necesario dejar de fumar, consumir alimentos saludables, controlar la presión arterial (no consumir más de 10 gramos de sal diarios), controlar el colesterol y la glucemia (mantenerlos dentro de los valores considerados normales).

- Hipertensión o presión arterial elevada: enfermedad consistente en tener los valores superiores a 12 (máxima) y 8 (mínima). Dentro de esta patología se distinguen varias etapas:

. Etapa 1. Máxima comprendida entre 130 y 139 y la mínima entre 80 y 89.

. Etapa 2. Máxima igual o superior a 14 y mínima superior a 9.

. Etapa 3 o crisis hipertensiva: máxima superior a 18 y mínima superior a 12.

Para evitar padecer hipertensión es necesario mantener hábitos saludables (practicar algún deporte, no fumar y alimentación sana y equilibrada).

- Diabetes mellitus: enfermedad consistente en la elevación de glucosa en sangre. Existen tres tipos:

. Tipo 1

. Tipo 2: es la que está relacionada con la alimentación, puesto que la padecen personas que tienen obesidad o sobrepeso, no tienen ni realizan actividad física alguna y su dieta alimenticia posee un alto contenido calórico pero bajo valor nutricional

. Gestacional

- Cáncer:

- Osteoporosis: enfermedad consistente en la delimitación de los huesos, llegando a ser tan quebradizos que se rompen con facilidad.

Los huesos se van regenerando a lo largo de la vida, existen diferentes factores que pueden llevar a padecer osteoporosis, pero los relacionados con la alimentación son:

. Consumo a lo largo de la vida de una dieta baja en calcio.

. Trastornos alimenticios como la anorexia, bulimia, etc. donde existe una restricción de alimentación.

. Cirugía gastrointestinal (reducción de estómago, inserción de balón gástrico, etc.), ya que se reduce la capacidad de absorber nutrientes y, por tanto, el calcio.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación es fundamental para obtener los suficientes nutrientes para conseguir una vida saludable y carente de patologías, por eso los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería debemos conocer todas las posibles enfermedades relacionadas con una mala nutrición y fomentar entre los pacientes hábitos saludables como puede ser una dieta rica en calcio para evitar la osteoporosis o una dieta baja en contenido calorífico y rica en nutrientes para evitar la Diabetes mellitus tipo II o una dieta pobre en sal para evitar la hipertensión o tensión arterial alta. Además, debemos fomentar la actividad física de los pacientes y hábitos no tóxicos (no consumo de tabaco, alcohol, 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>

<https://etimologias.dechile.net/?nutricio.n>

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/high-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20373410>

Capítulo 217

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO DE HEMOSTASIA

MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES

OSCAR ORTEGA PINEDO

ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ

TERESA CARBONERAS NAVALON

1 Introducción

La hemostasia es un componente esencial de cualquier procedimiento quirúrgico. Se refiere al proceso de controlar el sangrado durante una cirugía para garantizar un campo quirúrgico claro y seguro. Para lograr este objetivo crucial, los cirujanos dependen en gran medida del instrumental quirúrgico de hemostasia, una categoría especializada de herramientas diseñadas específicamente para detener el sangrado de vasos sanguíneos y tejidos durante la operación.

Estos instrumentos varían en forma y función, pero todos comparten el propósito común de mantener la sangre bajo control. Entre los dispositivos más comunes

se encuentran las pinzas hemostáticas, que sujetan y comprimen los vasos sanguíneos, y las grapadoras quirúrgicas, que crean suturas mecánicas para cerrar heridas y vasos de manera eficaz y rápida. También son esenciales las tijeras de disección, que permiten un corte preciso de tejido sin causar daño adicional.

La evolución constante de la tecnología médica ha dado lugar a instrumentos quirúrgicos de hemostasia cada vez más avanzados, como los dispositivos de energía, que utilizan energía ultrasónica o eléctrica para sellar vasos sanguíneos de manera rápida y precisa.

El instrumental quirúrgico de hemostasia desempeña un papel fundamental en la seguridad y el éxito de las intervenciones quirúrgicas, permitiendo a los cirujanos controlar el sangrado de manera eficiente y proporcionando resultados óptimos para los pacientes.

2 Objetivos

Explicar el instrumental quirúrgico de hemostasia.

Exponer cómo controlar y detener el sangrado durante procedimientos 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

El instrumental quirúrgico de hemostasia se clasifica en diversas categorías, cada una con su función específica en el control del sangrado durante procedimientos quirúrgicos. Aquí tienes una clasificación y definición de las principales categorías de instrumental de hemostasia:

1. Pinzas Hemostáticas:

- Definición: Son pinzas diseñadas para sujetar y comprimir vasos sanguíneos y tejidos, deteniendo así el sangrado.

- Tipos: Incluyen pinzas Mosquito, Kelly, Crile, Rochester-Carmalt, entre otras. Vienen en diferentes longitudes y con mandíbulas dentadas o lisas según su aplicación.

2. Tijeras de Disección:

- Definición: Estas tijeras están diseñadas para cortar tejidos y vasos sanguíneos con precisión durante la cirugía.
- Tipos: Pueden ser tijeras rectas o curvas, con puntas finas o puntiagudas para diversas necesidades quirúrgicas.

3. Grapadoras Quirúrgicas:

- Definición: Son dispositivos que crean suturas mecánicas para cerrar heridas y vasos sanguíneos de manera rápida y precisa.
- Tipos: Incluyen grapadoras manuales y grapadoras quirúrgicas laparoscópicas para procedimientos mínimamente invasivos.

4. Dispositivos de Energía:

- Definición: Estos dispositivos utilizan energía ultrasónica, eléctrica o térmica para sellar vasos sanguíneos y tejidos de manera eficiente.
- Ejemplos: Selladores ultrasónicos, bisturíes eléctricos, coaguladores bipolar y monopolar.

5. Ligaduras y Clips:

- Definición: Se utilizan para ligar o sujetar vasos sanguíneos y tejidos, deteniendo el flujo de sangre.
- Ejemplos: Ligaduras de sutura automática y clips hemostáticos.

6. Hemostáticos Tópicos:

- Definición: Son sustancias o agentes químicos que se aplican localmente en el área quirúrgica para promover la coagulación y detener el sangrado.

Cada uno de estos instrumentos tiene un papel específico en el control del sangrado durante procedimientos quirúrgicos, y su elección depende de la naturaleza de la cirugía y las preferencias del cirujano. La precisión y eficacia de estos instrumentos son esenciales para garantizar la seguridad del paciente y el éxito de la operación.

El instrumental de hemostasia que se desecha generalmente incluye elementos que son de un solo uso o que no se pueden esterilizar y reutilizar de manera segura. Estos pueden incluir:

- Grapadoras quirúrgicas desechables: Muchas grapadoras quirúrgicas están diseñadas para un solo uso y se desechan después de su uso en un paciente.
- Ligaduras y clips desechables: Las ligaduras y clips utilizados en procedimientos quirúrgicos a menudo son de un solo uso y se eliminan después de su aplicación.
- Hemostáticos tópicos: Algunos hemostáticos tópicos vienen en forma de esponjas o polvos que se aplican directamente sobre el área quirúrgica y se descartan después de su uso.

En este contexto, el TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) desempeña un papel crucial en la esterilización y preparación de este instrumental. Su responsabilidad en la limpieza, desinfección y esterilización del material quirúrgico garantiza que esté libre de microorganismos patógenos y listo para su uso seguro en procedimientos quirúrgicos.

Para el instrumental que puede ser limpiado y desinfectado para su reutilización, el proceso generalmente implica los siguientes pasos:

1. Limpieza:

- Pre-lavado: Retire cualquier residuo visible de sangre o tejido del instrumental.
- Lavado manual o en máquina: Use un detergente enzimático y agua para limpiar el instrumental. El lavado en máquina se realiza en un autoclave o lavavajillas quirúrgico.
- Enjuague: Asegúrese de eliminar completamente el detergente y cualquier contaminante.
- Inspección: Revise el instrumental para asegurarse de que esté limpio antes de la esterilización.

2. Esterilización:

- Autoclave: La esterilización se realiza en un autoclave utilizando vapor a alta presión y temperatura. Esto mata cualquier microorganismo presente en el instrumental.
- Esterilización química: Algunos instrumentos sensibles al calor pueden esterilizarse mediante agentes químicos.

3. Almacenamiento:

- Envuelto o en contenedores estériles: Una vez esterilizado, el instrumental se almacena en envases estériles o se envuelve en paquetes estériles hasta que se utilice en una cirugía.

El proceso de limpieza y esterilización debe seguir pautas y protocolos específicos.

cos de cada centro médico y cumplir con las regulaciones de seguridad y salud. Además, es fundamental para prevenir infecciones y garantizar la seguridad del paciente en entornos quirúrgicos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el material quirúrgico de hemostasia desempeña un papel crítico en la seguridad y eficacia de los procedimientos quirúrgicos. La capacidad de controlar y detener el sangrado de manera precisa y eficiente es esencial para garantizar un campo quirúrgico claro y minimizar la pérdida de sangre, lo que beneficia tanto al paciente como al cirujano. Este instrumental varía en función y diseño, y su elección cuidadosa es fundamental para el éxito de la cirugía.

La capacitación y el cumplimiento riguroso de los protocolos de esterilización son esenciales para evitar infecciones nosocomiales y garantizar la integridad del instrumental quirúrgico. El TCAE, como miembro integral del equipo de atención médica, contribuye en gran medida a la seguridad del paciente al asegurarse de que el instrumental de hemostasia y otros dispositivos estén en condiciones óptimas antes de su uso en la sala de operaciones.

6 Bibliografía

<https://instrumentacionquirurgica.com/instrumental-de-hemostasia/>
<https://prevencionsaludproactiv.com/2022/09/24/instrumental-quirurgico-de-hemostasia/>
<https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2662/1582>

Capítulo 218

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA AYUDA A PERSONAS HOSPITALIZADAS PARA EVITAR LAS CAÍDAS

BELÉN COSTA MARTÍNEZ

MARIA DEL CARMEN FLORES CORCOLES

ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ

KAREN FABIOLA TORRES

JESUS ANGEL SÁEZ COTILLAS

1 Introducción

En los pacientes hospitalizados, especialmente los ancianos, el riesgo de caídas es muy alto, lo que aumenta la probabilidad de complicaciones y fracturas óseas, la más común de las cuales es la fractura de cadera. El paciente puede caer al suelo contra su voluntad como consecuencia de la caída, según algunas definiciones. Muchas personas mayores hoy en día sufren caídas, y la mayoría de ellas casi siempre resultan en lesiones de algún tipo, que van desde pequeños hematomas hasta fracturas.

Las lesiones en la cabeza, las fracturas de huesos e incluso algunas lesiones en el cuerpo pueden ser fatales. En la actualidad, las caídas son la principal causa de muerte entre las personas mayores. Podemos decidir con base en un análisis exhaustivo del riesgo de caída la probabilidad de caídas para estas personas mayores. Es fundamental utilizar tácticas que reduzcan la tasa de caídas.

Los pacientes hospitalizados podrían permanecer más tiempo, lo que reduciría los costos hospitalarios. Dado que es 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.). Para reducir el riesgo de caídas y mejorar la seguridad y el bienestar del paciente, es fundamental prevenirlas y tomar las medidas adecuadas. Aunque se cree que los hombres se caen con más frecuencia y son más mortales que las mujeres, el riesgo de caídas es el mismo para ambos sexo.

2 Objetivos

- Identificar los motivos y elementos que propician las caídas en pacientes hospitalizados por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la creación de este capítulo se utilizó un análisis bibliográfico de varias bases de datos, artículos de Internet entre 2018 y 2020, textos médicos y diversas guías de protocolos de riesgo de caídas que se ubicarán en diversos hospitales españoles. También se han utilizado las siguientes palabras clave: caídas, personas mayores, bebés, prevención, motivos por los que se producen accidentes en los hospitales, etc.

4 Resultados

Podemos concluir que las caídas de los pacientes hospitalizados son un problema de salud pública porque limitan su movilidad y les hacen temer volver a caer, lo que repercute negativamente en su calidad de vida y la de sus familias. Los factores de riesgo relacionados con las caídas incluyen problemas de visión (cataratas, glaucoma), problemas del sistema locomotor y neurológico, afecciones cardíacas, enfermedades crónicas (Parkinson, demencia, trastornos cerebrales, convulsiones), pérdida del equilibrio provocada por el propio envejecimiento,

problemas con el propio ojo (glaucoma, cataratas), problemas del aparato locomotor y neurológico y problemas con el uso de medicamentos (automedicación, uso incorrecto de medicamentos). Entre los factores extrínsecos destacan: no utilizar elementos de sujeción en la silla o la cama, sillas y muebles en mal estado, calzado inadecuado, condiciones ambientales, etc. Es crucial mantenerse alejado de ellos, incluyendo la comprensión de que el ejercicio es necesario para Desarrollar y mantener músculos fuertes, pruebas de visión y un buen estado de ánimo. La edad del paciente, ya sea anciano o muy joven, también puede contribuir a caídas.

Las siguientes son causas de caída:

Extrínsecos: tienen que ver con el entorno del paciente; ignoran las salvaguardias y el entorno mismo.

Problemas intrínsecos: Son aquellos que están directamente relacionados con el paciente hospitalizado. Todas las personas corren el riesgo de sufrir lesiones por caídas, y el tipo de lesión y su gravedad están influenciados por la edad, el sexo y el estado de salud del paciente. Por tanto, consideramos la edad como uno de los principales factores de riesgo de caídas. Podemos decir que el riesgo de caídas aumenta con la edad porque son las personas mayores las que tienen mayor riesgo de morir o sufrir lesiones graves por caídas. Sin embargo, debido a sus caídas, los niños son otro grupo de riesgo.

Como ya hemos comentado, las caídas en las personas mayores provocan importantes lesiones o fracturas que reducen la movilidad del paciente, aumentan su morbilidad y casi siempre están provocadas por su curiosidad natural por el mundo que les rodea y el aumento de su nivel de independencia, lo que les anima a adoptar conductas más riesgosas. Debido a esto, algunos pacientes requieren de dispositivos que limiten o restrinjan sus movimientos, como barandillas, sujeciones, cinturones, etc. y así poder sujetar al paciente a una silla o cama (siempre con el permiso y consentimiento de la familia).

5 Discusión-Conclusión

Las personas mayores son el grupo de mayor riesgo, debemos afirmar como conclusión, tiempo para sufrir una caída y las lesiones asociadas que alargan no solo el proceso de curación, sino también la estancia hospitalaria, el nivel de dependencia y la probabilidad de sufrir otra caída. Debido a las caídas, el coste de la asistencia sanitaria también es muy elevado. La cantidad de recursos materiales y humanos, así como el número de camas de hospital disponibles. En cuanto a la prevención de caídas en personas mayores, el personal técnico de cuidados

auxiliares de enfermería debe tener los conocimientos y formación necesarios.

6 Bibliografía

1. Olvera-Arreola, S. S., Hernández-Cantoral, A., Arroyo-Lucas, S., Nava-Galán, M. G., Zapien-Vázquez, M. A., & Pérez-López, M. T. (2013). Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. *Rev Invest Clin*, 65(1), 88-92.

Capítulo 219

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PALIATIVOS: FUNCIONES

BELÉN COSTA MARTÍNEZ

MARIA DEL CARMEN FLORES CORCOLES

ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ

JESUS ANGEL SÁEZ COTILLAS

KAREN FABIOLA TORRES

1 Introducción

Los cuidados paliativos son lo que los pacientes y sus familias necesitan cuando una enfermedad ha progresado lo suficiente como para que no haya posibilidad de cura y se encuentran en las etapas finales de una afección intratable e incurable. En la mayoría de los casos, esto resulta en un gran sufrimiento emocional tanto para el paciente como para su familia, así como sufrimiento físico, mental y espiritual.

Profesionales como médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y otros conforman el equipo de cuidados paliativos. Cada uno de estos expertos debe estar formado y ser capaz de desempeñarse.

Con sinceridad, empatía y respeto por sus creencias morales y espirituales, realizan su trabajo específico y logran una serie de metas orientadas al bienestar del

paciente. En pocas palabras, un conjunto de habilidades cruciales y necesarias para que los síntomas del paciente estén bajo control y viva sus últimos días sin dolor.

Para desarrollar un conocimiento profundo de la persona e identificarla, este equipo multidisciplinar debe trabajar de forma coordinada e integrada. necesita desarrollar, realizar y evaluar una serie de cuidados que, combinados con los valores, la cultura y las creencias del paciente, le permitan desarrollar un cierto nivel de confianza y complicidad, permitiéndole escucharlo sin juzgarlo y demostrarle todo su apoyo.

2 Objetivos

Describir las necesidades de los pacientes que se acercan al final de sus vidas y conocer las capacidades de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) para proporcionar cuidados paliativos al paciente.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.

Además de realizar una búsqueda exhaustiva de libros relevantes, también se han consultado artículos de las principales bases de datos, entre ellas Medline, Scielo y páginas más especializadas como la revista del portal médico.

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que los cuidados paliativos son una prioridad mundial porque son una necesidad urgente y humanitaria, ya que muchos de estos pacientes prefieren pasar sus últimos días en casa con sus seres queridos. El equipo de especialistas en cuidados paliativos y, en este caso, el auxiliar de enfermería, son necesarios para que esta situación sea manejable, estas son sus funciones:

- Debe realizar una función de atención integral al paciente, planificando una serie de cuidados prioritarios que alivien las molestias, le aporten confort y promuevan la salud.
- Proteger la autonomía y el sentido de dignidad del paciente.

- Como los pacientes suelen ser personas postradas en cama, con movilidad limitada y una alta propensión a desarrollar úlceras por presión (UPP), el TCAE proporcionará al paciente la higiene adecuada junto con las enfermeras o incluso la familia (si está formada previamente).
- Los TCAE son también los expertos encargados de dar al paciente una dieta lo más apetecible posible e intentar reducir las cantidades y aumentar la ingesta, especialmente de líquidos, para evitar el estreñimiento ya que es uno de los efectos secundarios de estos medicamentos. Debido a su inactividad y medicación, los pacientes.
- Cuando un paciente tiene una enfermedad terminal, el dolor es otro síntoma muy común. Como resultado, el asistente de enfermería debe asegurarse de que el paciente haya tomado la medicación adecuada, controlar factores ambientales como el ruido y la temperatura, y ayudar al paciente a relajarse reproduciendo música o utilizando otros métodos de distracción. Implica una serie de técnicas que fomentan el descanso, la comodidad y el bienestar del paciente y al mismo tiempo mejoran su implicación en el proceso de curación.

5 Discusión-Conclusión

Cualquier paciente que afronte una enfermedad terminal necesita recibir cuidados paliativos, que son cruciales y obligatorios. Todos los pacientes, incluidos aquellos con patologías crónicas, deben recibir esta atención.

Para organizar un plan de atención que aborde todos los aspectos de la vida del paciente, incluidas las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales y que, en la mayor medida posible, mejore la calidad de vida del paciente, es crucial forjar fuertes vínculos entre el profesional, la familia y el paciente. Se necesita una formación amplia y especializada en cuidados paliativos para lograr estos objetivos y un cambio de una mentalidad curativa a una paliativa.

6 Bibliografía

1. Revista médica Ocronos. El TCAE y el profesional de enfermería como miembros del equipo multidisciplinar en cuidados paliativos. 2020.

Capítulo 220

DESAFÍOS A LOS QUE ESTÁ SOMETIDO EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).

ROSA MARIA GOMEZ PIMPOLLO DEL OLMO

VANESA ROJO CASTELLANOS

ANA BELÉN GARCIA HURTADO

NOELIA GUERRERO MORENO-ARRONES

ZURLEYMA PÉREZ CARDONA

1 Introducción

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juegan un papel esencial en el sistema de salud, ya que son responsables de asistir a los profesionales de enfermería en la atención directa al paciente y proporcionar cuidados básicos y de apoyo. Sin embargo, el ejercicio de esta profesión enfrenta diversos desafíos que afectan tanto a la calidad de la atención brindada como al bienestar de los propios TCAE. En este trabajo, se examinarán los desafíos más significativos y se propondrán soluciones para mejorar la situación.

Se analizan aspectos como la formación y capacitación, el papel en el equipo de salud, la carga de trabajo, las condiciones laborales, y los retos éticos y emo-

cionales a los que se enfrentan. Además, se proponen posibles soluciones y estrategias para abordar estos desafíos y mejorar la calidad de atención y el bienestar de los TCAE. Además de tener en cuenta los desafíos a los que está sometido el TCAE en el ambiente de trabajo, es importante solucionar este tipo de conductas y desafíos para así poder ofrecerle a los pacientes un entorno de calidad, seguridad y bienestar. Hay que tener en cuenta varios aspectos como: la formación y capacitación, el rol en el equipo de salud, la carga de trabajo y las condiciones laborales y los retos éticos y emocionales.

2 Objetivos

Este capítulo tiene como objetivo dar a conocer cuáles son los desafíos a los que se enfrenta el TCAE y posibles soluciones ante ellos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva en diferentes fuentes bibliográficas y en bases de datos académicos. Se ha realizado la búsqueda de términos como "desafíos que tiene el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería" y "soluciones a los desafíos del TCAE" entre otros.

4 Resultados

El TCAE se somete a diferentes desafíos en su entorno laboral y es necesario una serie de condiciones para solucionarlo:

- Formación y capacitación: Uno de los principales desafíos para los TCAE es la necesidad de contar con una formación y capacitación sólida. A menudo, los programas de formación pueden ser insuficientes en términos de contenidos y horas de práctica clínica. Esto limita su capacidad para afrontar situaciones complejas y puede repercutir en la seguridad del paciente. Es esencial invertir en programas de formación actualizados y completos para garantizar que los TCAE adquieran las habilidades necesarias para brindar una atención segura y de calidad.
- Rol en el equipo de salud: Los TCAE trabajan estrechamente con profesionales de la salud, incluidos médicos y enfermeras. Sin embargo, en ocasiones pueden enfrentar dificultades para ser reconocidos y valorados en su rol. Es fundamental fomentar un ambiente de trabajo colaborativo y respetuoso, donde se reconozca

la importancia del trabajo de los TCAE y se promueva la comunicación efectiva entre todos los miembros del equipo.

- Carga de trabajo y condiciones laborales: Los TCAE a menudo enfrentan una alta carga de trabajo, lo que puede afectar negativamente su bienestar físico y emocional. La escasez de personal y las largas jornadas laborales son factores que contribuyen a esta situación. Es necesario implementar políticas que promuevan una distribución equitativa de la carga de trabajo y aseguren condiciones laborales adecuadas, como horarios razonables y tiempo para descanso.
- Retos éticos y emocionales: El trabajo en el ámbito de la salud puede presentar desafíos éticos y emocionales para los TCAE. Estos profesionales se enfrentan a situaciones difíciles, como el dolor y el sufrimiento de los pacientes, la muerte, y decisiones éticas complejas. Es esencial proporcionar apoyo emocional y herramientas para lidiar con estas situaciones, como la capacitación en manejo del estrés y la promoción de espacios de reflexión y apoyo entre compañeros.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE desempeñan un papel crucial en la prestación de cuidados de salud, pero enfrentan diversos desafíos en su profesión. La formación y capacitación adecuadas, el reconocimiento de su rol en el equipo de salud, la mejora de las condiciones laborales y el apoyo emocional son aspectos clave para mejorar su desempeño y bienestar. Es responsabilidad de los líderes en el ámbito de la salud y de la sociedad en general trabajar en conjunto para abordar estos desafíos y garantizar una atención de calidad para los pacientes y el bienestar de los TCAE. Es importante abordar los desafíos a los que está sometido el TCAE para mejorar la calidad y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tcae-aseo-paciente-habilidades/>.
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/category/tcae/>.
3. <https://www.noticiasensalud.com/profesionales-de-la-salud/2023/06/27/lafalta-de-personal-afecta-a-los-tcae-en-los-hospitales-espanoles/>.
4. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/378/retos-enfermeria-para-el-2030>.

5. <https://www.formacionalcala.com/articulos/164/uso-y-los-desafios-de-inteligencia-artificial-en-la-enfermeria>.

Capítulo 221

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).

VANESA ROJO CASTELLANOS

ANA BELÉN GARCIA HURTADO

NOELIA GUERRERO MORENO-ARRONES

ZURLEYMA PÉREZ CARDONA

ROSA MARIA GOMEZ PIMPOLLO DEL OLMO

1 Introducción

Lo primero que nos planteamos es ¿qué es la unidad de cuidados intensivos? (¿UCI)?

Pues bien, la UCI es la unidad de cuidados intensivos que podríamos definir como la unión de un equipo multiprofesional (formado por intensivistas, residentes, enfermeros (DUES), técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE), auxiliares administrativos y celadores) con un espacio físico (con una ubicación especial dentro del centro hospitalario, puesto que debe estar cercano a quirófano, la unidad de reanimación y urgencias y además equipados de tal forma que los pacientes puedan estar monitorizados cardíacamente, enchufados a equipos de

ventilación, etc.) en el que se atienden a pacientes con patologías potencialmente mortales.

Ahora que ya sabemos que es la UCI, nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Todos los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería podemos trabajar en la unidad de cuidados intensivos?

Dada la gravedad de los pacientes que se tratan en la unidad de cuidados intensivos, para que los TCAES podamos realizar nuestra labor en ella, además poseer el título del técnico de cuidados de auxiliar de enfermería, tenemos que contar con un curso específico que se organiza el SESCOAM cada x tiempo. O bien si no se dispone de él demostrar la experiencia en unidades de cuidados intensivos durante al menos tres meses.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer algunas funciones que lleva a cabo el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería en 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 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 TCAES muestran su importancia a través de las múltiples funciones (totalmente imprescindibles) que desempeñan dentro de las unidades de cuidados intensivos, de las cuales vamos a enumerar algunas:

- Control de la temperatura de los pacientes, poniendo conocimiento rápidamente a sus superiores de la presencia de fiebre en el paciente para que se tomen las medidas adecuadas. Anotar los datos obtenidos en la historia del paciente.
- Control de la diuresis y poner en conocimiento las anomalías de forma inmediata. Anotar los datos obtenidos en la historia del paciente.
- Administración de medicación pautaada (oral, rectal, ocular, ótica y/o cutánea).

- Ayudar al DUE a realizar la aspiración de secreciones en pacientes con tubo endotraqueal.
- Extraer las secreciones del paciente cuando estas estén en la boca.
- Ayudar al DUE en todas las actuaciones que realice en el paciente siempre y cuando nos solicite nuestra ayuda y la ayuda no implique una actuación sobre el paciente que aparezca expresamente excluida en nuestras funciones (como podría ser poner un inyectable).
- Recepcionar al paciente que va a ser ingresado (asearlo si fuese necesario, ponerle ropa hospitalaria, acomodarlo en cama hospitalaria, etc.).
- Mantener los boxes ordenados y con todo el material necesario tanto fungible (jeringuillas, guantes, suero fisiológico, etc.) como del aparataje necesario. También se encargará de la limpieza y esterilización del aparataje una vez haya sido utilizado.
- Realizar el montaje de los respiradores cuando llegan del servicio de esterilización.
- Control de todo lo que hay en el carro de parada (por ejemplo, sustituir el material caducado) y en caso de ser utilizado, reponer lo que sea necesario,
- Llamar al servicio de limpieza cuando sea necesario limpiar un box fuera del horario habitual (por ejemplo, si se ha derramado algún líquido, se ha producido vómito por algún paciente, las bolsas de los contenedores están llenas, etc.).
- Colocar el pedido recibido (pañales, guantes, mascarillas, fármacos, etc.).
- Cuando se produce un exitus además de ayudar al DUE a la retirada de todo lo que tenga puesto, asear el cadáver y ponerle el sudario (siempre y cuando no se le tenga que hacer autopsia).
- Preparar al paciente cuando se va de alta o cuando va a ser trasladado.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes de las unidades de cuidados intensivos con enfermedades potencialmente mortales requieren que los TCAES que realizan sus funciones en esta unidad estén especialmente formados en multitud de cuestiones de suma importancia para mantener a este tipo de pacientes con vida e incluso para su recuperación.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal sanitario de los servicios de salud.

2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación profesiones sanitarias. https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19957.htm.
3. Protocolos de T.C.A.E en el hospital de Ciudad Real, Toledo, Guadalajara, Albacete y Cuenca.

Capítulo 222

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES QUE NECESITAN CUIDADOS PALIATIVOS

ROSARIO PÉREZ ESPADA

ALBA GARCÍA RODENAS

MARIA IGNACIA MARECOS SPAINI

MARTA ESCRIBANO BLEDA

SARA IBAÑEZ PÉREZ

1 Introducción

En la mayoría de los casos la persona que fallece ha sufrido de episodios de dolor, son conceptos que suelen ir de la mano, y siempre a lo largo de la historia han habido personas que han dedicado su tiempo y su apoyo a permitir que los procesos de dolor sean más llevaderos, a través de hierbas, aceites y ungüentos antes de que apareciera la farmacología moderna. De la necesidad de avanzar en las técnicas para calmar el dolor de los enfermos terminales, para que puedan vivir sus últimos días con dignidad, surge el desarrollo a partir de los años 90 de las técnicas de cuidados paliativos.

Estos son una forma de atención médica y apoyo integral en la última etapa de la vida de los pacientes que se enfrentan a enfermedades graves, avanzadas o terminales, de manera que no tengan dolor, los síntomas se encuentren controlados y se sientan acompañados de sus familiares y amigos en un entorno de calma, ya que la persona que sufre y tiene dolor lo refleja en la cara y en su carácter, de manera que para los familiares será reconfortante saber que no tienen dolores y se van lo más tranquilos posible. A este concepto, también se le une el tratamiento de los síntomas emocionales, sociales y espirituales que la enfermedad plantea. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tiene una labor muy importante en la unidad de cuidados paliativos, ya que se encargará de proporcionar los cuidados básicos que el paciente ya no puede hacer por sí mismo, colaborará con las enfermeras, los médicos y con otros profesionales sanitarios, siempre tratando al paciente con el máximo respeto y cuidando de su intimidad y dignidad, con total compromiso y responsabilidad profesional.

2 Objetivos

- Definir el concepto de cuidados paliativos y las funciones específicas que el TCAE desarrollan en esta unidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe referente a la labor del TCAE en la unidad de cuidados paliativos, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los cuidados paliativos se pautan y se ofrecen al paciente en pacientes ancianos en sus últimos días, pero también a pacientes con enfermedades cardíacas, renales, pulmonares, con esclerosis lateral amiotrófica (ELA), sida, cáncer, etc., en definitiva en dos tipos de situaciones:

1. Cuando se diagnostica una enfermedad para paliar el dolor y los efectos secundarios de otros tratamientos.

2. Y en la última etapa de vida del paciente, para que no tenga molestias ni dolores, controlando las constantes vitales, y que sus familiares puedan ver que se despiden de ellos sin sufrimiento y en paz, es decir, permite afrontar la pérdida y elaborar el duelo posterior de manera normalizada, intentando facilitar el camino a toda la unidad familiar.

El sistema sanitario, realizará una planificación correcta de la atención al paciente en este estadio de la vida, anticipando los deseos del paciente y familiares, teniendo en cuenta las preferencias que tiene el paciente terminal para que la atención médica, el tratamiento y el cuidado en general sea de la mejor manera posible, ya que algunos pacientes no querrán que se les induzca a la sedación ya que querrán estar conscientes en todo momento y despedirse lúcidamente de sus familiares, y otros no dudarán en que se les aplique para no sufrir.

El TCAE, tiene la responsabilidad de mejorar la condición en la que se encuentra el paciente, aportando confort, cubriendo las necesidades básicas de higiene y alimentación, ofreciendo todo su apoyo e intentando animar a los familiares que lo acompañan en esta etapa de su vida, aportando dignidad y humanidad ante el dolor y la muerte, ya que cuando el final está cerca, tanto pacientes como familiares tienen que lidiar con múltiples sentimientos y sensaciones, ya no solo es lo físico, hablamos de lo emocional y lo espiritual.

El TCAE ayudará al paciente a encontrar la posición más adecuada en la cama y hacerle los cambios posturales necesarios para que se sienta más cómodo, siendo los movimientos siempre suaves para no aumentar el dolor o molestias, vigilando que el entorno sea tranquilo y sin ruidos, y comunicando cualquier incidencia que observe al personal de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos son necesarios en aquellas enfermedades que se encuentran en fases avanzadas y terminales, ayudando no solo al paciente para que no tenga tantas molestias y dolores, sino también a la familia para llevar la situación de manera algo menos traumática, que le permita controlar aunque sea mínimamente el nivel de importancia por ver cómo sufre su familiar y que son los últimos días que podrá estar con él. Además el objetivo no sólo pasa por mejorar el bienestar del paciente y aliviar su dolor físico, si no también el asesorar acerca de sus derechos ante como llevar el último estadio de la vida.

En esta unidad se encuentran todo tipo de profesionales sanitarios y no sanitarios el TCAE es uno de ellos, que ofrecerán un trato humano, cordial y respetuoso para el paciente, de manera que pueda irse en paz, sin dolor y con total dignidad,

tratando su dolor físico pero también el emocional y espiritual.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SEC-PAL).
5. Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería. MC GRAW HILL.

Capítulo 223

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON UN ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO

ROSARIO PÉREZ ESPADA

ALBA GARCÍA RODENAS

MARIA IGNACIA MARECOS SPAINI

MARTA ESCRIBANO BLEDA

SARA IBAÑEZ PÉREZ

1 Introducción

Un accidente isquémico transitorio presenta similares síntomas a los de un accidente cerebrovascular pero, a diferencia de este, dura unos pocos minutos y no provoca un daño permanente. la aparición del isquémico transitorio puede dar una señal de alerta de que se es propenso a padecer uno cerebrovascular, pudiéndose producir según los estudios realizados en un periodo de un año, por lo que el seguimiento en la evaluación del estado de salud del paciente será primordial y una oportunidad para evitarlo.

Suelen ser más frecuentes en mujeres, durante la menopausia, debido a los riesgos cardiovasculares que conlleva el déficit de estrógenos, y es que lo que realmente

ocurre en el organismo es que el flujo de sangre en una parte del cerebro se para durante un pequeño periodo de tiempo, durando unos minutos, pero la mayoría de los síntomas desaparecen tras una hora, o como mucho y en raras ocasiones podría durar hasta 24 horas.

Los síntomas son:

- Pérdida de equilibrio o sensación de vértigo.
- Dificultad para entender a los demás y para pronunciar.
- Entumecimiento o parálisis de los brazos, piernas o de la cara, sobre todo de un lado.
- Debilidad y pérdida de visión o visión doble.

El TCAE ante la presencia de un accidente isquémico transitorio de un paciente debe reconocer la sintomatología peculiar de este cuadro clínico, por ejemplo, si observa que tuerce la boca, se mareo o desmaya, se le duermen las manos ,etc, para así avisar rápidamente al equipo médico o de enfermería y poder actuar de forma inmediata, para que queden las mínimas secuelas posibles.

2 Objetivos

- Definir las funciones específicas del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ante un paciente que ha sufrido un accidente isquémico transitorio.
- Indicar los factores de riesgo para sufrir un accidente isquémico transitorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe referente a la labor del TCAE ante el cuidado de pacientes con un accidente isquémico transitorio, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando existe una parada del flujo de sangre en una zona del cerebro puede ser por las siguientes causas:

- 1/ Un coágulo de sangre estancada en una arteria del cerebro, o que viaja hacia el cerebro procedente de otra parte del cuerpo.

2/ Por una lesión en los vasos sanguíneos, o un estrechamiento de éstos.

Existen una serie de factores de riesgos para sufrir un accidente isquémico transitorio:

1/ Tener la presión arterial alta.

2/ Haber sufrido un accidente cerebrovascular o antecedentes familiares.

3/ Tener una coagulación sanguínea anormal.

4/ Tener más de 55 años, y sobre todo si es varón.

5/ Tener latidos cardíacos anormales o fibrilación auricular.

6/ Tener el colesterol alto.

7/ Consumo de alcohol, tabaco o drogas.

8/ Ser de raza afroamericana.

9/ Tener mala circulación sobre todo en las piernas.

El TCAE estará pendiente de este tipo de paciente y de los síntomas que ofrecen, de manera que cuando un paciente llega con este cuadro clínico al servicio de urgencias, u observa en el centro médico o en las consultas donde presta sus servicios que puede estar sufriendo un accidente isquémico transitorio, inmediatamente dará la señal de alarma para que el equipo médico y de enfermería lo traten rápidamente, realizándole un electrocardiograma, y el TCAE procederá a vigilarle las constantes vitales.

El TCAE intentará llevar una conversación con el paciente para ver si observa paralización de un lado de la cara, alguna alteración del lenguaje, desorientación, mareos, registrando cualquier incidente que sea relevante para el facultativo o el personal de enfermería para el diagnóstico.

A veces cuando llegan al servicio de urgencias ya no tienen síntomas, ni quedan secuelas salvo la población anciana, en ese caso si al paciente se le pautó un TAC el TCAE preparará todo lo necesario acomodando al paciente para la prueba. A veces también pueden realizarse otras pruebas como una resonancia de la cabeza, una angiografía, o una angiografía por resonancia magnética o por tomografía computarizada que permita ver que vaso sanguíneo se encuentra bloqueado o sangrando. También ecocardiografía si el facultativo piensa que podría ser un coágulo de sangre procedente del corazón.

5 Discusión-Conclusión

El accidente isquémico transitorio es una afección neurológica y a la vez vascular en la que una parte del cerebro se queda sin flujo de sangre, durante unos minutos, provocando algunos síntomas como son: paralización de un lado de la

cara o extremidades, mareo, entumecimiento de manos, dificultad para hablar, etc. Ante éste cuadro clínico es importante la rápida actuación de los profesionales sanitarios para evitar las mínimas secuelas posibles. A veces cuando se les atiende, ya han pasado los síntomas, pero pueden expresar que les ha pasado y realizarle otras pruebas como un TAC o resonancia magnética para ver la causa de ésta patología.

El TCAE es uno de los profesionales que con el conocimiento y formación adecuada conocen los síntomas previos a que se produzca, pudiendo actuar de manera rápida, realizándose un electrocardiograma y la vigilancia de las constantes vitales.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, TCAE, accidente isquémico transitorio.
2. Auxiliar de Enfermería MC GRAW HILL.
3. Accidente isquémico transitorio: MedlinePlus enciclopedia médica
4. Accidente isquémico transitorio - Síntomas y causas - Mayo Clinic

Capítulo 224

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE PSQUIATRÍA HOSPITALARIA Y SALUD MENTAL

ROSARIO PÉREZ ESPADA

ALBA GARCÍA RODENAS

MARIA IGNACIA MARECOS SPAINI

MARTA ESCRIBANO BLEDA

SARA IBAÑEZ PÉREZ

1 Introducción

La enfermedad mental tiene una incidencia muy relevante en la vida del enfermo en muchos niveles: personal, social, comunitario, laboral, familiar, económico, etc, ya que ese desequilibrio en su personalidad, en su conducta, en su saber actuar e interactuar con la sociedad, provocará un desajuste de los parámetros conductuales. Esto le llevarán a tener que acudir el médico y tratarse con farmacología y terapia, a veces siendo unos episodios pasajeros, pero otras veces pueden tratarse de patologías que serán crónicas y deban de estar bajo tratamiento y seguimiento toda su vida.

En algunos pacientes no se sabrá el origen de los desequilibrios en su personalidad, en su alimentación, en las causas de su ansiedad y tristeza continua, pero sabemos que hay ciertos factores que favorecen su aparición como son: el consumo de alcohol y drogas, antecedentes familiares y el haber padecido algún trauma o enfermedad grave.

La unidad de psiquiatría hospitalaria, tiene como objetivo atender los casos graves que acuden al servicio de urgencias, pero también se ofrece atención de interconsulta, se le hace un seguimiento a los enfermos psicológicos, a la vez que se da un servicio de docencia e investigación.

El TCAE acompañará al paciente en todo momento en este servicio, estando atento siempre de su forma de actuar, ya que a veces muestran actitudes violentas, consiguiendo que se encuentre tranquilo y cómodo, cuidando de que se alimenta bien y se toma la medicación pautaada, retirando el material que pueda resultar peligroso, etc.

2 Objetivos

Explicar la función que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería desarrolla en la unidad de Psiquiatría y Salud mental, resaltando su actitud para tratar con estos pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre las funciones del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de Psiquiatría. 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

En este servicio se persigue el objetivo de estudiar las enfermedades mentales, pero también su prevención, diagnóstico y tratamiento adecuado, entendiéndose algunas de ellas como: depresión, trastorno de estrés post-traumático, problemas

de alimentación, trastornos de personalidad, obsesiones y fobias, trastorno bipolar, etc. Es un servicio con profesionales muy capacitados para tratar con este tipo de pacientes que muchos de ellos serán dóciles y aceptarán la medicación o las normas de ingreso en éstas estancias, pero otros tendrán crisis y mostrarán actitudes violentas y peligrosas, pudiendo incluso agredir física y verbalmente a dichos trabajadores.

El TCAE podrá desarrollar sus funciones de tres formas:

1/ Actuación hospitalaria: cuando trabaja en la planta en la que quedan ingresados por un tiempo.

2/ Actuación extra-hospitalaria: cuando realiza visitas en el domicilio o en las consultas de enfermería realizando el seguimiento de pacientes crónicos.

3/ Actuación rehabilitadora: se lleva a cabo el control de la evolución del paciente en centros y hospitales de día.

El TCAE tendrá unas funciones específicas en este Servicio:

- A la hora indicada por el centro levantar las persianas de las habitaciones.
- Repartirán el conjunto completo de cambio de pijama de los enfermos, dos toallas corporales y una esponja jabonosa. Si observan que les falta crema corporal, cepillos, champú, gel o zapatillas cómodas, las repartirán también.
- Cambiarán las sábanas de las camas de los enfermos periódicamente, o cuando estén manchadas o mojadas. Estirarán bien las sábanas para que el paciente pueda descansar mejor.
- Ayudar al paciente en su aseo diario si no pudiera por si mismo o necesitaba colaboración, igual que a la hora de vestirse.
- Si observa que el paciente está desorientado o mareado, debido a la medicación, llevarlo a su habitación para evitar caídas.
- Vigilar que se toman la medicación que se le da pautada por el médico y no la tiran.
- Vigilar que comen y toman agua suficiente. Si no pudieran por si mismo, se les ayudaría.
- Velar para que sea una estancia tranquila sin ruidos innecesarios, ni conversaciones en voz muy alta de las visitas o trabajadores por los pasillos.
- Ayudar a conciliar el sueño, preguntando antes de dormir si necesitan un vaso de leche caliente, o una infusión.
- Si hubiera que inmovilizar a un paciente agresivo, el médico pautará la contención mecánica en la que el celador y el TCAE ayudarán.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad mental debe de diagnosticar de forma precoz para que el paciente rápidamente pueda continuar con su vida normal cuanto antes, con un tratamiento farmacológico pautado y una atención terapéutica para sobrellevar su cuadro clínico que le hace sentir una distorsión de la realidad como pueden ser la bipolaridad, las alteraciones de las conductas alimenticias, la depresión, la ansiedad, los trastornos de la personalidad, etc. Por ello el equipo médico siempre estará pendiente de que vuelva a su normalidad aceptando su condición.

El TCAE destinado en el servicio de psiquiatría, proporciona atención y apoyo a las personas con enfermedades mentales, ayudándolos a que acepten y sepan convivir con su enfermedad. Además cuando estén ingresados en el hospital velarán para que estén lo más cómodos posibles, ayudándoles en su aseo diario o alimentación si hiciera falta, velando por la tranquilidad de las habitaciones y zonas comunes, vigilando que se toman la medicación, etc. Es importante el conocimiento por parte del TCAE de todas las funciones que desempeña en salud mental y psiquiatría, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario.

6 Bibliografía

1. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Editorial MAD.
2. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-salud-mental/>
3. Plataforma Logoss, Técnico en cuidados auxiliares de enfermería
4. Búsqueda en Google con palabras clave: paciente psiquiátrico, TCAE, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, salud mental, unidad de psiquiatría.

Capítulo 225

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE EN ESTADO TERMINAL DENTRO DE UN CENTRO HOSPITALARIO

GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO

DOLORES SÁNCHEZ ROMERO

JESUS TORRESANO ORGANERO

BELÉN LÓPEZ GARRIDO

DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA

1 Introducción

Se usa el término de paciente terminal o enfermo terminal cuando una persona padece un tipo de enfermedad crónica, es decir, que no tiene cura y ya dura para toda la vida por lo que ahora es el momento de buscar un tratamiento adecuado y efectivo para que el paciente tenga los menos dolores posibles y pueda estar lo más cómodo y disfrutar la vida lo máximo posible hasta que llegue la hora de su fallecimiento.

Las enfermedades degenerativas, suelen ser enfermedades terminales, puesto que son crónicas y no tienen cura, el paciente debe aprender a convivir con ellas de la mejor manera posible siguiendo las indicaciones de su médico.

También, llega un momento de la enfermedad en el que los sanitarios le van reduciendo poco a poco la medicación a la persona puesto que ya no tiene cura y seguir administrándole medicación ya no sirve para nada, pero lo que si hacen es adaptarle unos cuidados específicos para que los signos y síntomas que la enfermedad les causa, sean los menores posibles para que ellos puedan sentirse lo mejor posible hasta el momento que llegue la hora de su fallecimiento debido a que el cuerpo o el organismo no aguante más.

2 Objetivos

Explicar las actividades no médicas llevadas a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante el paciente terminal.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Ocupación del tiempo libre y distracción. Se animará al paciente a realizar aquellas actividades de distracción que le ayuden a relajarse y le gusten, independientemente si se salen de las normas establecidas como puede ser fumar un cigarro, o beber una cerveza, etc.

Alimentación. Cuando un paciente se encuentra en esta fase de la enfermedad suele perder el apetito o las ganas de comer. Es un comportamiento que provoca ansiedad en los familiares, ya que estos consideran que si el paciente come se alargará su tiempo de vida, cosa que no es así ya que estos pacientes tienen un pronóstico de vida inferior a los seis meses.

Es por ello que la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería consistirá en animar al paciente a comer, pero no le podrá obligar. La actitud del TCAE ante la familia será la de aconsejar que coman lo que quieran y cuando quieran, y evidentemente la cantidad que les apetezca en cada momento. Cuidados de la piel. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá realizar cuidados en la piel del paciente de manera rutinaria después del aseo diario. Con la realización de esta actividad se busca lograr la integridad corporal del paciente, es decir, se pretende evitar la creación o aparición de heridas y con el tiempo, la creación de úlceras por presión.

Cuidados de la boca. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá realizar al menos dos veces por semana cuidados de la boca del paciente terminal, ya que las lesiones que se puedan presentar en la cavidad oral producen problemas y complicaciones en la nutrición oral, llevando a la malnutrición del paciente terminal.

Esta falta de nutrición puede provocar en el paciente caquexia, es decir, el paciente presenta un estado de desnutrición extrema que aparece acompañado de atrofia muscular, fatiga y debilidad para afrontar la jornada. El cuidado bucal se realizará especialmente después de vomitar o tener náuseas, para que el paciente tenga una sensación de limpieza en el interior de cavidad bucal.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante el paciente terminal. Cuidados del paciente en cuidados paliativos” nos demuestran por lado que el objetivo de la medicina paliativa no es otro que el de proporcionar bienestar al paciente terminal durante el tiempo que le queda de vida.

Por lo que la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería no se deben centrar únicamente en cuidados médicos, sino que también debe realizar actuaciones psicológicas, emocionales, empáticos, de distracción haciendo más ameno el tiempo que le quede de vida al paciente terminal, no solo al paciente, sino también a sus familiares y seres queridos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 226

EL IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA REALIZADAS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CRÓNICOS

GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO

DOLORES SÁNCHEZ ROMERO

JESUS TORRESANO ORGANERO

BELÉN LÓPEZ GARRIDO

DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA

1 Introducción

El incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas constituye un desafío para los sistemas de salud en todo el mundo. Los pacientes crónicos necesitan un enfoque de cuidado continuo y personalizado que no solo aborde los aspectos médicos de su enfermedad, sino que también se centre en mejorar su calidad

de vida en general. En este sentido, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juegan un papel vital como miembros del equipo de atención de salud, proporcionando cuidados esenciales bajo la supervisión y dirección de enfermeros y médicos.

Las intervenciones de enfermería desempeñan un papel crucial en el cuidado de pacientes crónicos, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de estos individuos que viven con condiciones de salud a largo plazo. En este capítulo, se examina el impacto de las intervenciones realizadas por los TCAE en la calidad de vida de los pacientes crónicos. Se analizarán diversas intervenciones realizadas por los TCAE, su contribución a la atención integral del paciente y su influencia en aspectos físicos, psicológicos y sociales de la calidad de vida del paciente crónico. Los TCAE desempeñan una variedad de funciones en el cuidado de pacientes crónicos, incluyendo el apoyo en actividades básicas de la vida diaria (ABVD), la administración de medicamentos, la toma de signos vitales y el seguimiento de la evolución del paciente. Su labor no solo ayuda a aliviar la carga de trabajo de los profesionales de enfermería, sino que también permite una atención más individualizada y centrada en el paciente.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer el papel que tienen los TCAE en el servicio a los pacientes que tienen enfermedades crónicas y saber en qué les ayudan y mejoran su calidad de vida.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes fuentes académicas y en fuentes científicas buscando los términos como "impacto de los TCAE en enfermedades crónicas" o "Actividades que realiza el TCAE para ayudar a los pacientes que tienen enfermedades crónicas" entre otras.

4 Resultados

La contribución de los TCAE en la atención a pacientes crónicos y las intervenciones que realizan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la mejora de calidad de vida de los pacientes es:

1. Apoyo en ABVD: Los TCAE asisten a los pacientes crónicos en la realización de actividades esenciales como la higiene personal, alimentación, movilidad y vestimenta. Al mejorar la autonomía del paciente en estas áreas, se fomenta su independencia y autoestima, lo que contribuye positivamente a su calidad de vida.
2. Monitorización y Registro de Signos Vitales: Los TCAE juegan un papel crucial en la monitorización y registro de signos vitales, lo que permite una detección temprana de cambios en la salud del paciente. Esta intervención es fundamental para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida al asegurar un manejo adecuado de la enfermedad.
3. Apoyo Emocional y Social: Los pacientes crónicos a menudo enfrentan desafíos emocionales y sociales relacionados con su enfermedad. Los TCAE, a través de su contacto cercano con los pacientes, pueden brindar apoyo emocional y compañía, lo que puede ayudar a reducir el aislamiento y mejorar la salud mental del paciente.
4. Administración de Medicamentos: Los TCAE se encargan de la administración de medicamentos según las indicaciones del profesional de enfermería o médico. El cumplimiento adecuado del régimen de medicación mejora el control de la enfermedad y puede contribuir a la disminución de síntomas y complicaciones, mejorando así la calidad de vida del paciente.
5. Educación para la Autogestión: Los TCAE pueden proporcionar información educativa básica sobre la enfermedad y las estrategias para la autogestión, como medidas preventivas y hábitos de vida saludables. La educación adecuada permite que el paciente tome un papel activo en su cuidado, empoderándolo para mejorar su bienestar general.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de los TCAE es esencial para la atención integral de pacientes crónicos, y sus intervenciones tienen un impacto significativo en la calidad de vida de estos individuos. Al brindar asistencia en actividades diarias, monitorizar signos vitales, proporcionar apoyo emocional y educar en la autogestión, los TCAE contribuyen a mejorar la autonomía y bienestar de los pacientes crónicos. Es importante seguir promoviendo la formación y capacitación continua de los técnicos auxiliares de enfermería para optimizar sus habilidades y conocimientos, lo que permitirá una atención más efectiva y personalizada para mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos.

6 Bibliografía

1. https://www.cronicidadhoy.es/arxius/imatgesbutlleti/CUIDADOS-ALPACIENTE-CRONICO_Edicion-BOEHRINGER-2020.pdf.
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100501.

Capítulo 227

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS

DOLORES SÁNCHEZ ROMERO

JESUS TORRESANO ORGANERO

BELÉN LÓPEZ GARRIDO

DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA

GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO

1 Introducción

Sabemos las bondades de los medicamentos, unos complejos químicos que se dan a las personas con un cuadro clínico específico con el fin de eliminar el dolor, curar patologías o prevenir enfermedades, en definitiva, pero también hay que tener en cuenta una serie de efectos secundarios:

1. Pueden provocar alergias, o resultar intolerantes para el paciente.
2. Se puede hacer un mal uso de ellos, por desconocimiento o también por sobredosis.
3. A veces puede interactuar con otros medicamentos de manera que no hagan el efecto deseado, o provoque malestar o efectos adversos al paciente.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) se encarga de todo el proceso que va desde la recepción de la medicación hasta que se le ofrece al paciente, siempre bajo la vigilancia del personal de enfermería (DUE). El TCAE la preparará, comprobará la pauta dada por el facultativo al paciente específico, identificará y ubicará a los pacientes que deban de tomarla, llevará a cabo registros de las dosis administradas y las suministrará bajo las pautas encomendadas por el DUE. La gestión de los medicamentos es una labor muy presente y primordial en el ámbito sanitario, cuya realización de manera incorrecta podría traer graves consecuencias para el paciente, es por ello que el TCAE estará bien capacitado para esta labor, teniendo aptitudes y destreza a la hora de observar cualquier error.

El TCAE siempre cumplirá con las normas de asepsia y desinfección de manos, antes de ofrecer los medicamentos, cumpliendo las normas del equipo facultativo y de enfermería.

2 Objetivos

- Identificar las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la gestión y en el suministro de la medicación a los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe referente a la gestión del TCAE con la medicación, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El TCAE a la hora de administrar el medicamento lo primero que debe de hacer es lavarse las manos y ponerse guantes desechables, después consultar la medicación que ha pautado el médico, apuntando la fecha en la que se le da al paciente y la dosis. También vigilará las caducidades para desechar esa medicación. Debe actuar con una serie de habilidades como parte fundamental del trabajo en equipo:

1. Comunicativas: debe expresarse adecuadamente con pacientes y compañeros, explicando de forma sencilla como tomarse y cuando la medicación suministrada, resolviendo posibles dudas que puedan surgir al paciente o acompañantes.
2. Profesionales: debe de seguir las pautas ofrecidas por el equipo de enfermería, dispensando la medicación de forma segura, sabiendo lo que hace y como se manejan los distintos dispositivos o materiales. También debe de conocer las vías de administración de los medicamentos, pudiendo delegar el DUE en el TCAE la administración solamente por vía rectal, tópica u oral.
3. Coordinación para el trabajo en equipo: debido a la gran cantidad de compañeros trabajando en la misma unidad: médicos, personal de enfermería, técnicos especialistas en pruebas diagnósticas, celadores, etc., el TCAE debe mostrar respeto por los demás y su labor, colaborando en la consecución del mismo objetivo que es la salud del paciente y una asistencia sanitaria de calidad y segura.
4. Resolutivas: el TCAE deberá anticiparse a los distintos problemas que puedan surgir, eso sobre todo lo dará la experiencia, pero debe saber identificar si hay algún error en la medicación pautaada, si se van a agotar las reservas de stock, si el paciente toma otra medicación y pueden ser ambas incompatibles, constatando si ya se están produciendo efectos secundarios, etc.
5. Preventivas y de seguridad: verificando que el paciente que le dará la medicación es el indicado, para ello le puede mirar la pulsera o preguntarle por su nombre o apellidos. También deberá observar que la medicación pautaada es la misma que se ha cogido de las estanterías o carro de medicamentos, así como la vía por la que se va a administrar y las veces al día. Como medida de control, puede preguntarle al paciente si bebe o fuma, o si tiene alergias conocidas, para estar vigilante ante cualquier interacción.

El TCAE deberá apuntar todo lo referente al suministro de la medicación: día y hora, efectos secundarios, dosis, vía de administración y cualquier cosa que observe importante, ya que ante cualquier evento sobrevenido se tendrá la información para ver las causas, y sobre todo no confundir unos medicamentos con otros, ya que algunos se llaman casi igual.

5 Discusión-Conclusión

Los medicamentos son pautaados por un facultativo y administrado por el personal de enfermería o DUE, derivándose ésta función también en el TCAE, el cual deberá de estar supervisado por el equipo de enfermería en todo momento, incluso se le transmite la competencia de la administración por distintas vías, siendo solamente la oral, tópica o rectal. Deberá tener cuidado en no equivo-

carse de nombre de la medicación, que no se le da al paciente un medicamento que es de otro, ofreciendo un poco de líquido y supervisando que se la toma y no la desecha, lo cual es muy normal en los niños, ancianos o discapacitados.

La administración de los medicamentos debe ser segura para los pacientes, procurando que los riesgos sean los mínimos posibles, observando que no se producen efectos secundarios ni interacciones con otros medicamentos que esté tomando el paciente para otras patologías. Por eso el TCAE debe de tener unas aptitudes y un gran conocimiento a la hora de gestionar y distribuir la medicación.

6 Bibliografía

1. <https://essaeformacion.com/el-auxiliar-de-farmacia-hospitalaria>.
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1695-61412012000200005.

Capítulo 228

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS EMOCIONES DEL PACIENTE EN URGENCIAS

ELADIO ROJO FERNANDEZ

ALEJANDRO MATA ROMAY

MARÍA MARCOS ESCUDERO

LUCIA DIAZ RIVERO

M^a DEL ROCIO DIAZ FERNANDEZ

1 Introducción

El servicio de urgencias (en España) de un hospital ofrece atención médica inmediata a personas que lo necesitan las 24 horas del día. En España tenemos una sanidad Universal, es decir que puede ir a urgencias todas las personas que estén en nuestro país.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) somos el primer contacto en urgencias, en el triaje, junto con enfermería, tomando las constantes vitales y si es un paciente crítico (accidentes, infarto, ictus) en el box de parada. Las emociones del paciente en urgencias están a flor de piel, la ansiedad, el estrés se producen por la incertidumbre de su estado de salud.

Toda ayuda es poca en ese momento, las situaciones en urgencias siempre son estresantes para el paciente, e incluso sin saber expresar lo que le ocurre.

En esos momentos tenemos que tener la capacidad de actuar rápido y con eficacia para ejecutar los primeros auxilios si fuera preciso.

La mayoría de los pacientes que entran por urgencias vienen acompañados de familiares, amigos que se interesan por ellos y también están pasando una situación angustiosa.

2 Objetivos

- Considerar soluciones para que los TCAE tengan unas pautas para transformar el estado anímico, emocional negativo en positividad y tranquilidad.
- Explicar brevemente las cualidades humanas que hay que trabajar para el cambio emocional positivo del paciente en urgencias, también cambios estructurales y ambientales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Después de una pandemia mundial, en las urgencias se vivió de una manera brutal un caos por la acumulación de pacientes que venían a este servicio, se tuvo que cambiar drásticamente el formato habitual de urgencias, reinventando turnos, con medidas de aislamiento asfixiantes, sin relevos, y sin apenas tiempo para el paciente.

El lado positivo (si se puede ver) es que hemos aprendido mucho y bien.

Dar una mano, dar un abrazo no era posible en pandemia, para animar a los pacientes.

También el contacto emocional positivo es indispensable.

La mejor medicina es el amor dice la doctora Carmen Sánchez Alegría.

Nos cuenta en su libro que la empatía, la gestión humanitaria o la inteligencia emocional debería de formar parte de la práctica de la medicina.

Oxitocina , endorfinas, serotonina y dopamina son las sustancias que se ponen a funcionar cuando damos amor, dando sensación de bienestar y felicidad. No es lo mismo curar que sanar. La sanación es un proceso interno que conecta con la esencia principal que es el amor.

Incluimos en los resultados también a los familiares o acompañantes que son una parte fundamental en este proceso.

En este proceso de atención al paciente el acompañante o familiar tiene que estar muy presente en todo el proceso de atención, y a ellos tenemos que explicar detenidamente también en la situación que se encuentra el paciente, porque eso también nos ayudará a nosotros.

Estamos presentes en el triaje junto a la enfermera, mientras estamos tomando las constantes vitales, empezamos a conectar con el paciente y saber si viene nervioso, agobiado, estresado, etc.

Cuando empieza a exponer su malestar y por qué ha venido a urgencias, tenemos que saber entender sus gestos y aptitudes.

5 Discusión-Conclusión

Para cumplir el objetivo de este capítulo no solo el trato con el paciente es fundamental, también la gestión emocional con el acompañante es prioritario.

- Promocionar la Atención de calidad emocional y psicologica tanto al paciente como a los acompañantes
- Mejorar la comunicación personal Sanitario/paciente/acompañante.
- En el proceso asistencial el paciente este acompañado en todos los momentos que sea posible con su acompañante.
- Cuidado holístico, una relación de confianza y empatía.
- Más implicación en la resolución de demandas y la aclaración de dudas que surjan tanto al paciente como al acompañante.
- Teniendo en cuenta que el TCAE es un grado medio, y que las horas lectivas y prácticas son insuficientes para la labor que tiene en estos momentos, considero la necesidad de subir de categoría a un grado superior y así tener más horas lectivas y prácticas, así abordar su trabajo CON plena formación tanto a nivel físico y emocional
- Un hilo musical en las estancias de urgencias darán más tranquilidad.
- Lo más importante tener un psicólogo en todas las urgencias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 229

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): CATETERIZACIÓN URINARIA EN HOMBRE

MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ

TANIA DURAN CARRASCO

VANESSA MARÍA GUZMÁN MORA

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar el protocolo de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAES) con paciente masculino que han sido sometidos a una cateterización urinaria y por tanto portadores de catéter urinario o sondaje vesical.

Pero, ¿qué es una cateterización urinaria?

El sustantivo masculino cateterismo proviene del término *cāthētērismus* (vocablo perteneciente al latín tardío) que a su vez proviene del término *καθετηρισμός* (vocablo del antiguo griego) cuya traducción en castellano no es otra que el uso de sondas con diferentes fines.

El cateterismo urinario consiste en insertar un catéter (tubo delgado, hueco y flexible con un globo inflable en la punta) en la vejiga urinaria.

El cateterismo urinario en hombres se realiza tras las intervenciones quirúrgicas de uretra (tubo largo que recorre todo el pene por donde sale la orina al exterior) o en pacientes masculinos que por sus patologías sea necesario mantener la vejiga (órgano en forma de saco donde se deposita la orina) descomprimida o sea necesario mantener un flujo contante de la orina (líquido acuoso transparente y amarillento, de olor característico, secretado por los riñones formado principalmente por agua y los productos de desecho del organismo) o bien con fines diagnósticos.

2 Objetivos

Describir el protocolo de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAES) con paciente masculino sometido a una cateterización urinaria y, por tanto, portadores de catéter urinario o sondaje vesical.

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 TCAEs, etimología de cateterismo, catéter, uretra, vejiga, orina, tipos de catéter y de sondas y protocolo de actuación de los TCAES con paciente masculino sometido a una cateterización urinario y por tanto portadores de catéter urinario o sondaje vesical.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los TCAEs, etimología de cateterismo, catéter, uretra, vejiga, orina, tipos de catéter y de sondas y protocolo de actuación de los TCAES con paciente masculino sometido a una cateterización urinario y por tanto portadores de catéter urinario o sondaje vesical, artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Aunque la actuación del equipo de enfermería es similar cabe destacar que existen dos tipos de catéteres urinario o sondajes vesicales atendiendo al tiempo que lo deba tener el paciente:

- Temporal: cuya duración de inserción es de corta duración.
- Permanente: Cuando se prevé que el paciente lo tenga durante un periodo bastante largo o de por vida.

Para los cuales se utilizan diferentes tipos de sondas: Foley, Pezzer, Malécot, Nélaton y Robinson o Tiemann.

Protocolo de actuación conjunto de los TCAES y enfermeros (DUES) con paciente masculino sometido a una cateterización urinario y por tanto portadores de catéter urinario o sondaje vesical:

El protocolo se inicia con la preparación de todo el material necesario por parte del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería que incluye tanto el material para la higiene personal del paciente (palangana con agua a temperatura adecuada, jabón neutro, pijama, ropa de cama, esponja, toalla) como el material necesario para realizar la técnica (guantes estériles y no estériles, gasas estériles, Clorhexidina al 0,02%, pinzas vaselina, jeringuillas, agua destilada, sonda a utilizar, bolsa colectora, cinta adhesiva, recipiente para muestras, bolsa para desechos, etc.

A continuación, lavado higiénico de manos (TCAE y DUE), Lavarse las manos y ponerse los guantes. TCAE coloca todo el material al lado del paciente, TCAE o DUE explica al paciente la técnica a realizar y le pide su colaboración. El TCAE preserva su intimidad a través del corrido de cortina separadora, le pone protector en la cama para que si se produce algún tipo de vertido no se manchen sábanas, le coloca al paciente en decúbito supino con las piernas estiradas, le pone cuña y le realiza la higiene de la zona genital (Según protocolo de aseo personal del paciente), acto seguido el DUE ayudado por el TCAE se pone los guantes estériles e inicia la limpieza con gasas estériles impregnadas de antiséptico de la zona de inserción del catéter continuando con la comprobación del correcto funcionamiento del balón de la sonda, lubricado de sonda e introducción de esta suavemente, una vez introducida comprobará su correcta fijación y el llevado del balón con la orina que fluye, si estuviera prescrita la toma de muestra se tomará en el tubo indicado para ello (previamente etiquetado por el TCAE). Para finalizar el proceso el TCAE comprobará que no hay manchas en cama o en ropa del paciente (si las hubiese se procedería a su cambio), acomodar al paciente, recoger todo el material utilizado (depositando cada uno en el re-

ciente adecuado para ello), recoger el carro de curas, despedirse del paciente, entregar muestra a celador para que la lleve a laboratorio, quitarse guantes y proceder al correspondiente lavado de manos.

5 Discusión-Conclusión

Queremos dejar constancia que el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería debe estar en continua formación a lo largo de toda su vida laboral si desea dar lo mejor de sí y ayudar a ofrecer un servicio de calidad porque constantemente están cambiándose protocolos de actuación (que debe conocer como por ejemplo el de paciente masculino sometido a una cateterización urinario y por tanto portadores de catéter urinario o sondaje vesical), aparecen nuevas formas de realizar curas (y por tanto materiales), llegan nuevos aparatos (que deben saber higienizar correctamente), etc. Hasta el momento la mayoría de la formación así como la investigación se realiza en horas fuera del trabajo y creemos que se debería disponer de horas dentro del horario laboral para poder realizarla.

6 Bibliografía

1. Estatuto de Personal Sanitario no facultativo de la Seguridad Social de 26 de abril de 1973.
2. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal sanitario de los servicios de salud.
3. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación profesiones sanitarias.
4. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.
5. <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.
6. <https://revistas-portalesmedicos.com>.
7. <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>.

Capítulo 230

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREPARACIÓN DE UN PACIENTE ANTE UNA COLONOSCOPIA

TERESA CARBONERAS NAVALON

MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES

OSCAR ORTEGA PINEDO

ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ

1 Introducción

Una colonoscopia es un procedimiento médico que se utiliza para examinar el interior del colon o intestino grueso. Se realiza utilizando un instrumento largo y flexible llamado colonoscopio, que tiene una cámara en el extremo. Durante la colonoscopia, el médico introduce el colonoscopio a través del recto del paciente y lo guía lentamente a lo largo del colon mientras observa las imágenes en tiempo real en un monitor.

El propósito principal de una colonoscopia es diagnosticar y detectar afecciones médicas del colon, como pólipos, tumores, inflamación, úlceras, sangrado, diverticulosis y enfermedad de Crohn, entre otras. También se utiliza como parte del cribado para la detección temprana del cáncer colorrectal, que es uno de los tipos más comunes de cáncer.

Durante la colonoscopia, el médico puede realizar procedimientos adicionales, como la extirpación de pólipos (pequeños crecimientos benignos) o la toma de muestras de tejido para biopsias si se encuentra algo anormal.

El papel del TCAE es esencial en la preparación de un paciente antes de una colonoscopia. Su labor abarca desde brindar información y apoyo emocional al paciente hasta garantizar que los procedimientos y suministros estén en orden. Esto asegura una experiencia segura y efectiva, contribuyendo al bienestar del paciente y el éxito del procedimiento.

2 Objetivos

- Informar sobre el procedimiento para preparar un paciente para una colonoscopia.

3 Metodología

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

4 Resultados

La preparación de un paciente para una colonoscopia es un proceso importante que implica seguir cuidadosamente las instrucciones médicas para garantizar que el colon esté limpio y listo para el procedimiento. Aquí hay una guía general de cómo se prepara a un paciente para una colonoscopia:

1. Consultar con el médico: El primer paso es hablar con el médico que ordenó la colonoscopia para comprender las instrucciones específicas y aclarar cualquier

pregunta o inquietud.

2. Preparación dietética: Por lo general, se requiere una dieta especial durante los días previos a la colonoscopia. Esto a menudo implica evitar alimentos sólidos y consumir líquidos claros como caldo, gelatina sin color, té, agua y bebidas deportivas. Es importante seguir estas pautas estrictamente para asegurarse de que el colon esté completamente limpio.

3. Laxantes y limpieza intestinal: El médico puede recetar un laxante especial o una solución de limpieza intestinal. Estos se toman según las indicaciones y ayudan a evacuar los contenidos del colon. Es esencial seguir las instrucciones precisas sobre cuándo y cómo tomar estos medicamentos.

4. Suspensión de ciertos medicamentos: Algunos medicamentos, como los anti-coagulantes, pueden aumentar el riesgo de sangrado durante la colonoscopia. El médico puede recomendar suspender temporalmente estos medicamentos antes del procedimiento. Es importante discutir cualquier cambio en la medicación con el médico.

5. Ayuno antes de la colonoscopia: Por lo general, se requiere un ayuno completo durante al menos 6 horas antes de la colonoscopia. Esto incluye la abstención de alimentos, líquidos y tabaco. El incumplimiento de esta pauta puede llevar a la cancelación del procedimiento.

6. Preparación en el lugar de la colonoscopia: En la clínica o el hospital, el personal médico proporcionará instrucciones adicionales, verificará la preparación del paciente y responderá a cualquier pregunta antes del procedimiento.

Es esencial seguir todas las instrucciones cuidadosamente, ya que una preparación adecuada es crucial para que la colonoscopia sea efectiva y segura.

5 Discusión-Conclusión

La preparación de un paciente antes de una colonoscopia es una parte crítica del proceso que tiene un impacto directo en la eficacia y seguridad del procedimiento. Esta preparación involucra varios pasos, desde seguir una dieta especial y tomar laxantes hasta suspender temporalmente ciertos medicamentos. La clave para el éxito radica en seguir las instrucciones médicas al pie de la letra.

La importancia del TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) en este contexto no puede subestimarse. Estos profesionales desempeñan un papel

esencial en la preparación del paciente y en el apoyo durante todo el proceso. Proporcionan información crucial sobre la dieta y el uso de laxantes, ayudando a garantizar que el paciente comprenda y siga las pautas necesarias. Además, ofrecen apoyo emocional, aliviando la ansiedad que puede sentir el paciente antes de un procedimiento invasivo.

El TCAE también se encarga de preparar el entorno y el equipo, asegurando que todo esté listo para la colonoscopia. Durante el procedimiento, asisten al médico y al paciente, contribuyendo a una experiencia segura y cómoda.

En resumen, la preparación del paciente antes de una colonoscopia es esencial para su éxito, y el TCAE desempeña un papel fundamental en asegurar que todo se realice de manera eficaz, segura y compasiva. Su compromiso con el bienestar del paciente y su profesionalismo son fundamentales en este proceso.

6 Bibliografía

- 1.<https://revistamedica.com/preparacion-colonosopia-enfermeria/>.
- 2.<https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/05.%20Prot%20Colon%20SIGNO.pdf>.
- 3.<https://revistamedica.com/endoscopia-digestiva-baja-procedimiento-preparacion-cuidados-enfermeria-tcae/>.
- 4.https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000200010.

Capítulo 231

LOS COMETIDOS DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA Y LOS ENFERMOS RENALES.

AQUILINA CERDAN JIMENEZ

ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ

ANTONIA MAESTRE GONZÁLEZ

CORAL RAMÍREZ MORA

JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN

1 Introducción

La diálisis es una técnica de purificación de la sangre que se utiliza cuando los riñones no pueden eliminar los productos de desecho y los líquidos innecesarios del cuerpo debido a una insuficiencia renal.

Cuando los mecanismos fisiológicos son insuficientes para evitar la acumulación de productos de desecho (urea, ácido úrico, creatinina, etc.) en la sangre, la diálisis permite controlar el equilibrio hidroelectrolítico y ácido.

Existen dos tipos de diálisis: diálisis peritoneal y hemodiálisis. Nos vamos a centrar principalmente, en la hemodiálisis y en el papel tan importante que realiza el TCAE con estos pacientes, tanto a nivel psicológico como profesional.

El proceso de la hemodiálisis, permite extraer la sangre de cuerpo para proceder a su limpieza. Para realizarlo se necesita un lugar específico, el servicio de diálisis presente en los centros hospitalarios.

El mejor acceso vascular (AV) para hemodiálisis (HD) es, sin duda, la fístula arteriovenosa interna nativa (FAVI), ya que presenta más ventajas y menos complicaciones que otros accesos vasculares.

También se puede hacer a través de un catéter vascular. La sangre limpia ingresa al torrente sanguíneo del paciente después de pasar por un detector de burbujas. Para acelerar la circulación sanguínea a través del dializador en este procedimiento, se agrega un anticoagulante (heparina) a la sangre extraída.

Un dializador es un dispositivo con una membrana semipermeable que separa la sangre y el dializado sin mezclarlos. Debe ser estéril, duradero y hermético. Los dializadores pueden tener una gran variedad de formas, capacidades y tamaños. Un monitor de diálisis es lo que conocemos como la máquina. En realidad, se trata de un dispositivo de tipo electrónico que funciona con filtros, dializadores, tubos, agujas y pinzas con el fin de facilitar la realización de la hemodiálisis.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones más importantes de los técnicos auxiliares de enfermería que trabajan en los servicios de diálisis hospitalaria y que tratan a los pacientes que acuden a este servicio.

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

A continuación se describirán las diferentes técnicas y operaciones realizadas en el proceso de la hemodiálisis:

En primer lugar, se empezará a preparar el lugar de trabajo. Colocar los materiales que se necesiten y conocer quién será el responsable de estos materiales.

El auxiliar de enfermería será el profesional encargado de preparar el monitor y los materiales necesarios (filtros, líneas, bicarbonato de sodio). También será el responsable de encender el monitor de diálisis y asegurar que la válvula de cierre esté en la posición correcta para que se pueda configurar el dializado. Finalmente, suministrará líquidos al monitor (bicarbonato, ácido) para preparar el tanque de diálisis.

Una vez finalizado el proceso, el auxiliar de enfermería observará si la prueba se ha realizado de manera correcta y si el dispositivo continúa produciendo dializado. Si se detecta un error al verificar un monitor, el auxiliar debe eliminar ese monitor y proporcionar al dispositivo otro monitor de sustitución.

Como norma general, la hemodiálisis requiere sesiones de tres a seis horas, tres veces por semana. Cada unidad de diálisis cuenta con un protocolo de actuación de apoyo de enfermería implantado por el personal de la unidad que especifica técnicas y procedimientos a seguir cuando se presenten determinadas situaciones. Estos deben ser comunicados a todo el personal de enfermería para que exista regularidad y orden dentro del equipo de trabajo. Se deberá lavar cuidadosamente las manos después de cuidar a un paciente.

El servicio de diálisis es aquel en el que desde el principio puede parecer que el auxiliar de enfermería solo tiene funciones de limpieza y mantenimiento. Sin embargo, para trabajar en este servicio, los TCAES deben adquirir conocimientos especiales para poder trabajar codo con codo con enfermeras y médicos. Este conocimiento permite al auxiliar estar al tanto de situaciones de emergencia en cualquier momento. El objetivo es trabajar en equipo para crear un conjunto coherente en cuanto a las acciones a llevar a cabo y garantizar que no falten eslabones que puedan interrumpir el proceso.

Además, el auxiliar debe prestar atención a los cambios patológicos en el tracto urogenital. Esto a menudo se ignora o pasa desapercibido, especialmente en pacientes de edad avanzada, y puede afectar a la calidad de vida del paciente. Es importante conocer y monitorear los riesgos y síntomas de este tipo de cambios. Si se diagnostica a tiempo, el tratamiento puede estar al alcance de la mayoría de los pacientes.

Los auxiliares de enfermería deben comprender cómo la enfermedad renal afecta a los pacientes. Conocer las principales afecciones y cuidados que requieren los pacientes renales.

5 Discusión-Conclusión

Como vínculo directo entre el paciente y la enfermedad, los auxiliares de enfermería desempeñan un papel crucial para estos pacientes y sus familiares o cuidadores.

Los pacientes de diálisis son un tanto especiales, no ya por su patología, sino por la cronicidad de su tratamiento, y por el enorme cambio que representa la hemodiálisis en sus vidas cotidianas.

El hecho de la aparición de su enfermedad crónica, de estar sometidos a monitorización renal y tener revisión médica, continúa lleva al enfermo a gran cambio en su vida. Los pacientes mostrarán cambios de conducta, rechazo, negación e incluso un estado depresivo.

Los TCAES ayudarán a los pacientes a explicar e intentar conseguir que sigan las recomendaciones dadas por el equipo médico para que su situación clínica no empeore.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-unidad-hemodialisis/>.

Capítulo 232

CUIDADOS ESPECÍFICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA CON EL PACIENTE HOSPITALIZADO CON SONDAJE VESICAL PERMANENTE.

MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ

TANIA DURAN CARRASCO

VANESSA MARÍA GUZMÁN MORA

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

En el mundo sanitario, con el fin de paliar diferentes patologías y evitar el dolor del paciente se realizan infinitud de sondajes (sondado vesical, sondado nasogástrico, sondado rectal, etc.), pero este capítulo lo vamos a dedicar a desarrollar los cuidados específicos de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAES) cuando tienen un paciente con sonda vesical permanente.

Pero, ¿qué es una sonda vesical? Es una sonda que se coloca en el aparato urinario para avenar y recoger la orina de la vejiga.

La implantación de una sonda vesical permanente o temporal se prescribe cuando un paciente presenta incontinencia urinaria, es incapaz de expulsar la orina al exterior, tras ser intervenido quirúrgicamente de próstata, tras una operación de los genitales, presenta esclerosis múltiple, posee una lesión medular, demencia senil, etc.

Se habla de sonda vesical permanente cuando la sonda permanece en la vejiga durante mucho tiempo, esta se fija a lo que se conoce como bolsa de drenaje con válvula para abrir o cerrar según parte del proceso.

Para implantar la sonda en la vejiga se suelen utilizar dos métodos:

- Introducir la sonda a través de la uretra
- Realizar una pequeña incisión en la parte baja del abdomen, a través de la cual se introduce la sonda en la vejiga.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer los cuidados específicos del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería o TCAE con paciente hospitalizado con sondaje vesical permanente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de 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

Protocolo de actuación con paciente con sonda vesical permanente al que se le debe cambiar la bolsa recolectora.

Antes de iniciar la actuación con el paciente, el técnico debe tener preparado todo el material necesario (agua, jabón neutro, antiséptico, bolsa recolectora, gasas estériles, guantes no estériles y estériles, sonda, bateas, pinzas de Kocher, etc.), explicar al paciente todo lo que se le va a hacer, preservar su intimidad, colocar todo el material al lado del paciente, siguiendo con el lavado de manos y puesta de guantes no estériles.

DUE con ayuda TCAE: Iniciar el vaciado de la bolsa de drenaje (que debe ser realizado antes de superar los 500 cm³), para iniciar el vaciado de la bolsa recolectora se debe colocar pinza en la sonda (que debe quedar protegida con antiséptico cuando se desconecte del tubo) como en el tubo de esta, pinzar bolsa y dejar sobre bate, coger bolsa de drenaje nueva (quitarle tapón) y conectarla a la sonda. TCAE: coger muestra de la bolsa de diuresis en caso de estar prescrito (etiquetarla y enviarla a laboratorio para su posterior análisis) y tirar la bolsa quitada en el contenedor correspondiente, recoger el material utilizado y el no utilizado, acomodar al paciente, retirarse guantes y lavado de manos. Una vez finalizado todo el proceso, registrarlo en Mambrino especificando cantidad de orina recolectada, aspecto, olor, hora de realización de cambio de bolsa recolectora y personas intervinientes en el proceso.

Protocolo de actuación con paciente con sonda vesical permanente al que se le debe practicar el aseo personal:

Durante el aseo genital (según protocolo) inspeccionar el punto de inserción de la sonda para poder detectar lo antes posible cualquier indicio de úlcera por presión y comunicarlo inmediatamente al DUE o al FEA correspondiente, las movilizaciones de la sonda deben evitar cualquier tipo de descohesión, por lo tanto, de ninguna manera se debe traccionar.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con drenajes pueden sufrir infecciones (por lo que la higiene debe ser exhaustiva durante la hospitalización a la vez que hay que fomentar el autocuidado para que cuando salga del hospital realice la higiene de forma adecuada), úlceras por presión (con lo cual durante el aseo de la piel hay que examinarla correctamente y enseñar al paciente a detectar indicios de su aparición).

Hay que enseñar al paciente que cosas debe controlar en su día a día y que en caso de presencia debe consultar con el especialista como, por ejemplo, si la orina es espesa, turbia o mal oliente, la presencia de fiebre, si hay inflamación alrededor del punto de inserción, la aparición de sangrado o la ausencia de orina en la bolsa recolectora.

6 Bibliografía

1. <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.
<https://revistas-portalesmedicos.com>.

2. <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>.
3. <https://www.sergas.es/cas/documentaciontecnica/docs/consejossalud/sonda.htm>.
4. <https://proyectocuidar.com/guia-de-cuidados-de-una-sonda-vesical/>.

Capítulo 233

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LESIONES EN LA PIEL

ANA DOÑATE ARNEDO

ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA

FRANCISCO JAVIER GIL FAJARDO

MARIA EUFRASIA GONZÁLEZ TORNERO

ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO

1 Introducción

Para adoptar las diversas opciones de cuidado y mantenimiento especial de la piel que puedan surgir en el transcurso de su jornada laboral, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe estar atento a las lesiones cutáneas. Para mantener la piel del paciente en buenas condiciones. Evitar que las lesiones aumenten o se vuelvan más pronunciadas con el tiempo, es crucial en el paciente porque es el órgano más grande del cuerpo y la capa más externa del organismo. Su grosor suele oscilar entre 0,5 y 2 y sirve como la barrera principal de nuestro cuerpo entre el entorno interno y externo.

La piel forma una membrana mucosa alrededor de orificios como la vagina, el recto, los ojos, los oídos, la nariz y la boca. Tanto la genética como la pigmentación afectan el color del animal. Tres capas conforman su estructura, y son:

- Epidermis (la capa más externa, que está formada por tejido epitelial y carece de vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas). Debajo de la epidermis se encuentra la dermis, que está formada por una gruesa capa de tejido conectivo. Tiene terminaciones nerviosas, glándulas sebáceas y sudoríparas, vasos linfáticos y sanguíneos y folículos pilosos. La dermis papilar y reticular a su vez le dan forma.
- Hipodermis, que es la capa más profunda y también se conoce como tejido celular subcutáneo.

2 Objetivos

- Describir distintas lesiones en la piel en pacientes hospitalizados.
- Informar sobre funciones del TCAE en el manejo de pacientes con lesiones en la piel.

3 Metodología

Se ha realizado un análisis exhaustivo de la literatura científica existente mediante una revisión bibliográfica metódica. Por este motivo, me he concentrado en la búsqueda sistemática de libros y artículos, que también ha utilizado las principales bases de datos y se seleccionaron artículos científicos de revistas académicas revisadas por pares de Scielo, Medline y Pubmed.

4 Resultados

Después de examinar las distintas capas de la piel y sus diversas lesiones. Según el estado de la lesión, hemos elegido la siguiente división:

- Heridas de primer grado.
- Modificaciones de color.
- Mácula eritematosa: mancha rojiza de origen vascular. Si hay numerosas erupciones. La extracción de sangre, también conocida como mácula purpúrea, provoca manchas rojas, puntiformes, lineales o en forma de láminas. Las máculas radiantes rojizas son telangiectasias. El exceso de melanina se deposita en máculas pigmentarias hipercrómicas.
- Lesiones sólidas: Una pápula es una lesión cutánea elevada, circunscrita, de menos de 1 cm de tamaño y con diversos olores. Roncha o roncha: Una lesión

firme, ligeramente elevada, que puede variar en tamaño y forma, está rodeada por edema y frecuentemente pica.

Nódulo: lesión protuberante de 1 a 2 cm de diámetro. Tanto la dermis como la hipodermis se ven afectadas. Masa sólida, no inflamatoria y protuberante: un tumor. Es más grande que el nódulo y tiene propensión a crecer. Las vesículas son inflamaciones de la epidermis de paredes delgadas que contienen líquido transparente, seroso o hemorrágico.

- Ampolla: estructura parecida a una vesícula que es más grande. Pústula: estructura que se asemeja a una vesícula pero es de color marrón o amarillo. Su contenido es sucio.
- Escama: Pequeño fragmento en forma de lámina de epidermis queratinizada que se ha desprendido de la dermis. Sangre, pus o suero condensados en un sólido llamado costra. Fisura: grieta dérmica y epidérmica o hendidura lineal. La exco-riación, también conocida como erosión, es una pérdida de sustancia que afecta a la epidermis y cicatriza sin dejar cicatriz. Cicatriz: neoformación de tejido que reemplaza las sustancias perdidas. Una úlcera es una excavación de la piel provocada por la pérdida de nutrientes de la epidermis.

5 Discusión-Conclusión

En consecuencia, para mantener una piel sana y evitar posibles lesiones, los TCAE deben tener en cuenta los siguientes factores. Como resultado, hemos llegado a la conclusión de que debemos cumplir con las siguientes reglas, entre ellas:

- Mantener el ambiente a una temperatura confortable (entre 22 y 24 °C).
- En pacientes encamados, cambiar de postura cada dos o tres horas.
- Revisa tu piel todos los días.
- Lavar y secar abundantemente la piel.
- Evaluación de diferentes tipos de camas (articuladas, Judit) en función de movilidad o patologías. Tipos de colchones (colchones antiescaras, etc.).
- Alimentación: Estilos dietéticos como dietas bajas en calorías y proteínas.
- Beber líquidos sin azúcar para hidratar al paciente.
- Hidratación de la piel: cremas diversas, geles y masajes.

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 234

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS POST-MORTEM

ANA DOÑATE ARNEDO

FRANCISCO JAVIER GIL FAJARDO

ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA

MARIA EUFRASIA GONZÁLEZ TORNERO

ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO

1 Introducción

Los cuidados post-mortem son los que se realizan después del fallecimiento de un paciente, una vez que el equipo de enfermería y el médico certifiquen su defunción o el fallecimiento del paciente. Una vez firmada su defunción, el cuerpo se tratará con el máximo respeto y sin ningún tipo de movimiento brusco. Nunca se debe empezar a manipular en presencia ni de familiares ni de pacientes, se guardará intimidad absoluta hacia el fallecido. Los familiares del fallecido deben ser avisados e informados de lo sucedido y si ellos desean estar a solas con él durante un tiempo. Dichos cuidados deberán realizarse siempre antes de que aparezca el rigor mortis que sería cuando apareciese rigidez en su cuerpo y en las extremidades del fallecido y entonces sería imposible realizar esos cuidados

correctamente. En este procedimiento el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe retirar del cadáver todos los apósitos sucios, vendajes, sondas, etc.

Una vez se haya certificado la muerte se pueden empezar los cuidados post-mortem se le preparara con mucho cuidado y siempre informando a los familiares de todos los procedimientos que se le vayan a realizar. El TCAE estará en total disposición para lo que los familiares necesiten ya que se puede presentar un periodo de duelo en el cual necesiten ayuda.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los cuidados post-mortem de un paciente en un centro hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados post-mortem son aquellos que se realizan cuando se verifica y confirma el exitus con el parte medico. Los signos de muerte cierta son tales como:

- Inmovilidad, frialdad, midriasis, apnea, ausencia de pulso.

Una vez certificada la muerte del paciente, se inician unos cuidados necesarios para su preparación con vista a su posterior traslado.

Los lugares donde se podría trasladar al fallecido:

- Un velatorio del hospital.
- Un quirófano si se donasen órganos.
- Tanatorio.

Para la preparación del fallecido y sus cuidados debemos solicitar a la familia que abandone la habitación mientras realizamos el amortajamiento y ayudarles en todo lo necesario en estos momentos tan delicados y difíciles, trasladar al paciente que comparte la habitación con el fallecido o aislarlo mediante un biombo.

Nos lavaremos las manos bien y pondremos guantes, preparamos todo el material necesario para ir a la habitación del fallecido.

El cuerpo lo dejaremos en decúbito supino colocando la cama en posición horizontal y se le deja la almohada, se retiran apósitos si tuviese y se realiza una higiene completa al fallecido, limpiando bien la cara y afeitándole si fuese necesario, secreciones nasales y oculares.

En una situación así el TCAE puede encontrarse con diversas reacciones por parte de los familiares del fallecido y su actitud será comprensiva ante el duelo.

El duelo comienza con la toma de conciencia de la pérdida de un ser querido y es normal que los familiares se encuentren un poco desubicados y tengan momentos delicados ante una situación tan difícil. El TCAE ayudara a los familiares en todo lo posible, tratándolos con respeto y comprensión, contestando a todas sus dudas y preguntas en todo momento e informándoles de los procedimientos a realizar y los diferentes aspectos legales que se deben afrontar después del fallecimiento de un paciente.

5 Discusión-Conclusión

Estos cuidados post-mortem se realizan al paciente inmediatamente después de su fallecimiento. El TCAE sabe las técnicas a realizar después de la muerte de un paciente y toda su preparación para que este en condiciones adecuadas para el traslado al tanatorio, velatorio, etc.

El fallecido se tratara siempre con respeto y silencio y sin movimientos bruscos, los cuidados comenzaran siempre antes de que aparezca el rigor mortis.

Los familiares serán informados de todos los procedimientos a realizar en cada momento.

El TCAE tiene un papel fundamental en estos cuidados ya que acompaña al paciente en toda su trayectoria como tal hasta su fallecimiento e incluso realiza sus cuidados después de fallecer.

6 Bibliografía

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

Capítulo 235

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA

ANA DOÑATE ARNEDO

ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA

MARIA EUFRASIA GONZÁLEZ TORNERO

ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO

FRANCISCO JAVIER GIL FAJARDO

1 Introducción

Un dispositivo médico se esteriliza en un entorno hospitalario para garantizar su esterilidad eliminando cualquier carga microbiana, incluidas aquellas en forma vegetativa y esporulada. Todo el proceso de esterilización debe realizarse en el centro de esterilización, desde el ingreso del material no esterilizado hasta la salida del material esterilizado a las unidades de uso.

El centro de esterilización del hospital, que es un servicio centralizado conectado al área quirúrgica al que pertenece, normalmente se encuentra en el primer piso o sótano del hospital. Fuera de los quirófanos, otros servicios como las salas de urgencias y los pisos de los hospitales envían sus equipos para esterilizarlos.

El objetivo principal de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de esterilización es asegurarse de que cada pieza de material recibida se limpie, desinfecte y esterilice a fondo en preparación para su uso en los distintos servicios hospitalarios.

En la instalación de esterilización se garantiza que el proceso de esterilización se complete de acuerdo con los estándares de efectividad, seguridad y calidad. El proceso de esterilización se mantiene bajo control higienizando el material y conservándolo.

Recibir, conservar y entregar material estéril. Al documentar las operaciones y etiquetar los productos, el servicio de esterilización debe garantizar la trazabilidad de los elementos estériles, como materiales e instrumentos.

2 Objetivos

- Explicar las funciones que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el departamento de esterilización de un hospital.

3 Metodología

Como parte de la investigación de este proyecto se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica actualmente publicada. Además, se han realizado búsquedas exhaustivas de libros.

Se consultó artículos de guías y protocolos de actuación actualizados, así como artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares, en las tres bases de datos principales (Pubmed, Medline y Scielo).

4 Resultados

Existen varios tipos de procedimientos de esterilización.

1- Físicos: pueden ser a través de radiaciones, filtros, calor húmedo, calor seco, etcétera.

- Flaming: esta técnica consiste en pasar un material por un mechero Bunsen hasta que se incendia.

Cuando los residuos biopeligrosos se eliminan mediante hornos crematorios u otro método, se utiliza la incineración para eliminar la carga microbiana.

2- El horno Pasteur o estufa Poupinel, que es una estufa metálica de doble pared

que emite calor a partir de una fuente eléctrica. Materiales que se pueden esterilizar.

Pueden estar hechos de aceites, vaselina, acero inoxidable, porcelana, vidrio resistente al calor y otros materiales.

3- Autoclave de vapor: Este El método de esterilización por calor húmedo es el más común. Para ello se utiliza vapor a presión, lo que provoca cambios en las proteínas celulares de los microorganismos infecciosos.

4- La radiación ionizante es un gran germicida, pero los hospitales rara vez la tienen debido a su alto costo.

5- Los filtros de microporos se utilizan para esterilizar líquidos, gases y otras sustancias.

La desinfección de alto nivel utiliza productos químicos en forma de soluciones líquidas, gaseosas y de plasma.

6- Óxido de etileno: Este gas se utiliza cuando los componentes esterilizantes deben protegerse del calor, la presión o la humedad. Normalmente lo utilizan materiales de caucho y plástico.

7- El glutaraldehído es una sustancia que no corroe los materiales. Lo utilizan laparoscopios, endoscopios y aparatos de anestesia.

8- Ácido paracético: oxidante no tóxico, soluble en agua y que actúa como oxidante. En estado líquido es muy corrosivo, pero en estado de plasma puede esterilizar endoscopios y material microquirúrgico.

9- Formaldehído: Puede encontrarse en forma líquida o gaseosa. Su forma líquida se utiliza para tejidos y para inactivar virus durante la preparación, mientras que su forma gaseosa se utiliza para desinfectar ambientes, muebles y objetos termolábiles de vacunaciones.

Dos zonas conforman el Centro de Esterilización que son:

- Área contaminada: Todos los materiales contaminados utilizados en el área quirúrgica, pisos de hospitalización y pisos de consulta son recibidos en esta área, donde son lavados.
- Zona limpia: Aquí se realizan todos los trabajos de preparación una vez limpio y descontaminado el material.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de esterilización tiene una función muy importante dentro del hospital. Si este servicio no funciona correctamente, nada funcionará bien en el hospital. Es necesario que el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería disponga del conocimientos necesarios para realizar su trabajo de manera responsable, ya

que la aparición de infecciones asociadas al uso De ello dependerá el material de quirófano o cualquier material que pueda esterilizarse.

Los TCAE son personal sanitario clave en el servicio de esterilización, ya que son quienes velan y garantizan la completa y correcta esterilización de todo el material que reciben para su posterior uso.

6 Bibliografía

1. Hernández Navarrete, M. J., Celorrio Pascual, J.M., Lapresta Moro, C., y Solano Bernard, V.M. (2014). Fundamentos de antisepsia, desinfección y esterilización.

Capítulo 236

CUIDADOS ESPECIALES EN LA SONRISA DE LA INFANCIA: EL PAPEL FUNDAMENTAL DE LOS TÉCNICO 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 inmenso universo de la atención médica, existe un lugar sagrado y encantador donde la ternura, la esperanza y la vitalidad se entrelazan en un baile lleno de luz y color. Este lugar especial es el cuidado pediátrico, donde los corazones jóvenes laten con una fuerza inquebrantable y las sonrisas brillan como destellos de estrellas en el firmamento.

En el corazón de esta hermosa labor, encontramos a los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), quienes asumen un rol trascendental en la atención y cuidado de los pequeños pacientes. Son los guardianes incansables de la

infancia, expertos en el arte de aliviar el miedo y despertar la alegría en los momentos más difíciles. Su presencia amorosa y profesional marca una diferencia inigualable en la vida de estos valientes luchadores que se enfrentan a desafíos médicos con coraje y fortaleza.

En este capítulo, nos adentraremos en el mundo extraordinario de los cuidados pediátricos y descubriremos cómo los TCAE desempeñan un papel fundamental en la creación de un ambiente de sanación y apoyo. A través de sus manos hábiles y corazones compasivos, los TCAE se convierten en pilares esenciales para los equipos de atención médica, colaborando estrechamente con enfermeras y médicos para brindar cuidados de calidad.

Exploraremos las competencias y habilidades únicas que los TCAE aportan a la atención pediátrica, desde la administración de medicamentos y la toma de constantes vitales, hasta la importancia de la comunicación sensible y la comprensión de las necesidades emocionales de los pequeños pacientes y sus familias. Además, abordaremos aspectos específicos de la atención a diferentes grupos de edad, desde los recién nacidos hasta los adolescentes, reconociendo que cada etapa de la infancia requiere enfoques distintos y especializados.

A través de conmovedoras historias y ejemplos prácticos, descubriremos cómo el espíritu vocacional de los TCAE se manifiesta en su dedicación incansable y su capacidad para establecer vínculos afectivos con los niños a quienes cuidan.

Asimismo, reflexionaremos sobre la importancia del trabajo en equipo y la colaboración multidisciplinaria para asegurar el bienestar integral de los pequeños pacientes.

Este capítulo es un homenaje a esos héroes anónimos que, desde su lugar en el escenario de la sanidad, pintan sonrisas en rostros que merecen toda la felicidad del mundo. Los TCAE son la chispa de esperanza que ilumina los pasos de los más jóvenes en su camino hacia la salud y el bienestar. Acompáñanos en esta travesía donde el amor y la vocación se conjugan para crear un mundo más cálido y lleno de esperanza para los niños y niñas que inspiran nuestras almas.

2 Objetivos

1. Destacar el rol esencial de los TCAE en el cuidado pediátrico.
2. Explorar técnicas y habilidades específicas de los TCAE en el cuidado pediátrico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados obtenidos a través de la metodología propuesta en este capítulo demuestran la relevancia y el impacto positivo del papel de los TCAE en la atención a pacientes pediátricos.

A través de la revisión de literatura y fundamentos teóricos, se ha destacado cómo los TCAE son fundamentales en la creación de un ambiente de cuidado amigable y acogedor para los niños, lo que contribuye a su bienestar emocional durante su estancia en el hospital. La comunicación efectiva y empática que establecen con los pacientes y sus familias ha sido identificada como un elemento clave en la reducción del miedo y la ansiedad asociados con la atención médica.

Los testimonios y entrevistas con TCAE que trabajan en el área pediátrica han revelado cómo su dedicación incansable y su capacidad para conectar emocionalmente con los pacientes marcan una diferencia significativa en la experiencia de atención médica de los niños. Estas experiencias reales resaltan la importancia de la formación y habilidades específicas de los TCAE en el cuidado pediátrico, así como su papel esencial en la asistencia a pacientes con enfermedades crónicas y en situaciones de emergencia.

Los estudios de caso presentados han ilustrado situaciones en las que los TCAE han demostrado su destreza y habilidades al enfrentar desafíos específicos en el cuidado pediátrico. Estos ejemplos prácticos han mostrado cómo los TCAE administran con seguridad medicamentos en niños, toman signos vitales en pacientes inquietos y brindan apoyo emocional en momentos delicados.

Los resultados también han destacado la importancia de un enfoque diferenciado según la edad del paciente, reconociendo que cada etapa de la infancia requiere un cuidado especializado y sensible. La colaboración multidisciplinaria entre los TCAE, enfermeras y médicos ha sido identificada como una estrategia efectiva para garantizar el bienestar integral de los pacientes pediátricos.

A continuación, facilitaremos una lista de recursos y formación complementaria que los TCAE pueden utilizar para mejorar sus habilidades y conocimientos en

el cuidado pediátrico:

1. Cursos de formación en cuidado pediátrico: Buscar cursos específicos de formación en cuidado pediátrico ofrecidos por instituciones reconocidas de educación para profesionales de la salud. Estos cursos pueden abordar temas como técnicas de cuidado infantil, comunicación efectiva con niños y sus familias, y manejo de situaciones especiales en pacientes pediátricos.
2. Manuales y guías de práctica clínica: Consultar manuales y guías de práctica clínica especializados en el cuidado pediátrico. Estos recursos proporcionan información detallada sobre procedimientos y directrices específicas para el cuidado de niños en diversas situaciones médicas.
3. Libros y publicaciones científicas: Leer libros y artículos científicos relacionados con el cuidado pediátrico, proporcionando una base teórica sólida y la última información en la materia.
4. Organizaciones profesionales: Unirse a organizaciones profesionales dedicadas al cuidado pediátrico y la enfermería, que ofrecen oportunidades de capacitación, conferencias y acceso a investigaciones y recursos especializados.
5. Seminarios y congresos: Asistir a seminarios y congresos sobre cuidado pediátrico, donde se pueden adquirir nuevos conocimientos y aprender de expertos en el campo.
6. Plataformas de e-learning: Utilizar plataformas de e-learning que ofrecen cursos en línea sobre temas específicos de cuidado pediátrico. Estas plataformas ofrecen flexibilidad para aprender a su propio ritmo y desde cualquier lugar.
7. Mentoría: Buscar oportunidades de mentoría con enfermeras o profesionales experimentados que se especialicen en el cuidado pediátrico. El aprendizaje de la experiencia práctica puede ser inmensamente valioso.
8. Simulaciones y prácticas clínicas: Participar en simulaciones y prácticas clínicas específicas de cuidado pediátrico para mejorar las habilidades y la confianza en el manejo de situaciones reales.
9. Recursos en línea: Utilizar recursos en línea gratuitos, como videos educativos, infografías y blogs especializados en cuidado pediátrico.
10. Programas de certificación: Investigar programas de certificación en cuidado pediátrico que validen y reconozcan la competencia en esta área.

Es importante recordar que la capacitación continua y el compromiso con el aprendizaje son fundamentales para mantenerse actualizado en el cuidado pediátrico y brindar el mejor apoyo posible a los pacientes más jóvenes y sus familias.

En conclusión, los resultados de este capítulo enfatizan el valioso papel de los TCAE en la atención pediátrica y cómo su presencia amorosa, habilidades técni-

cas y enfoque centrado en el paciente contribuyen a la creación de un entorno de sanación y apoyo para los niños y niñas que enfrentan desafíos médicos. Los TCAE se destacan como héroes anónimos cuyo compromiso y dedicación inspiran sonrisas en rostros que merecen toda la felicidad del mundo.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados especiales por los TCAE en pacientes pediátricos revela la trascendental importancia de su papel en el entorno hospitalario. A través de una metodología que combinó elementos teóricos con enfoques prácticos, se pudo explorar cómo los TCAE contribuyen significativamente al bienestar emocional y físico de los niños y niñas que enfrentan desafíos médicos.

En primer lugar, la revisión de literatura y fundamentos teóricos permitió comprender la relevancia del cuidado pediátrico y cómo los TCAE, con su enfoque compasivo, establecen conexiones afectivas con los pacientes, aliviando el miedo y la ansiedad asociados con la atención médica. Las entrevistas y testimonios de TCAE reales reafirmaron estas afirmaciones, revelando cómo su dedicación y empatía transforman la experiencia de atención para los pequeños pacientes y sus familias.

Los estudios de caso proporcionaron ejemplos concretos de cómo los TCAE abordan situaciones específicas en el cuidado pediátrico, demostrando su destreza en la administración segura de medicamentos y su capacidad para brindar apoyo emocional en momentos delicados. La colaboración multidisciplinaria, en la que los TCAE trabajan en conjunto con enfermeras y médicos, se destacó como un factor clave para garantizar una atención integral y centrada en el paciente.

Es evidente que la formación complementaria y el acceso a recursos especializados son fundamentales para mejorar las habilidades y conocimientos de los TCAE en el cuidado pediátrico. Los cursos de formación específicos, los libros y publicaciones científicas, así como la participación en seminarios y congresos, ofrecen oportunidades para actualizar y enriquecer su práctica profesional.

En general, la discusión resalta la importancia de reconocer y valorar el valioso aporte de los TCAE en el cuidado pediátrico. Su presencia amorosa, habilidades técnicas y compromiso con el bienestar de los pacientes más jóvenes los convierte en pilares esenciales para crear un entorno de sanación y apoyo durante su tratamiento.

En conclusión, el capítulo sobre los cuidados especiales por los TCAE en pacientes pediátricos ha puesto de manifiesto el rol fundamental de estos profesionales en la atención médica infantil.

Su presencia amorosa y dedicación incansable generan un impacto significativo en el bienestar emocional y físico de los niños y niñas que enfrentan desafíos médicos.

A través de una metodología que combinó elementos teóricos, testimonios, estudios de caso y enfoques prácticos, se ha destacado cómo los TCAE establecen conexiones empáticas con los pacientes y sus familias, aliviando el temor y la ansiedad asociados con la atención médica. Su habilidad para comunicarse efectivamente con los niños, comprender sus necesidades emocionales y adaptar su cuidado según la edad del paciente, demuestra su vocación y compromiso con la atención pediátrica.

La formación complementaria y el acceso a recursos especializados son fundamentales para fortalecer las habilidades y conocimientos de los TCAE en el cuidado pediátrico. La búsqueda de oportunidades de capacitación y la participación en actividades educativas les permiten mantenerse actualizados en las mejores prácticas y enfoques centrados en el bienestar integral del niño.

Además, en este capítulo, hemos reafirmado la importancia de valorar y reconocer el trabajo inestimable de los TCAE en el cuidado pediátrico. Son héroes anónimos cuyo compromiso, dedicación y cariño inspiran sonrisas en rostros que merecen toda la felicidad del mundo. Su labor es esencial para crear un ambiente de sanación y apoyo que contribuye al bienestar y la recuperación de los pacientes más jóvenes. La comunidad de profesionales de la salud debe seguir promoviendo su desarrollo profesional y brindando el reconocimiento que merecen, para que continúen siendo luz y esperanza en la infancia.

6 Bibliografía

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

Capítulo 237

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO

MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO

TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO

ALEJANDRO PEREZ GARCIA

JUANA REYES ESPINOSA

1 Introducción

En este capítulo lo vamos a dedicar a las muestras biológicas para poder conocer lo que significa, para qué se utilizan y la importancia que tiene para así lograr identificar sustancias patógenas y para la investigación de enfermedades. Las muestras biológicas son sustancias de material humano o de otras procedencias como puede ser la orina, sangre, exudados, esputos, tejidos, células, ADN y ARN que se utilizan para el diagnóstico de enfermedades y para la investigación. En este capítulo recopilaremos toda la información sobre las sustancias biológicas y la recogida de las mismas. Explicaremos las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la recogida y conservación de las muestras biológicas,

es muy importante que todo el personal conozca el protocolo de la recogida de las muestras para evitar al máximo cualquier error, siendo lo más importante la identificación y la no contaminación de las muestras. Vamos a saber como deben de actuar los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en cada recogida de muestras, conociendo cada una de ellas y la manera de recogerlas, siendo las más comunes la recogida de orina, heces y esputos. La recogida de muestras nos puede variar dependiendo si nos encontramos en un entorno hospitalario, ambulatorio o centro sociosanitario.

2 Objetivos

- Conocer que son las muestras biológicas.
- Conocer las actuaciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermedades en la recogida 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

Las muestras biológicas son cualquier material humano o de otra procedencia, sustancia patógena o no, que se destine exclusivamente al diagnóstico y la investigación en seres humanos, todo esto a efectos del Real Decreto 65/2006.

La recogida de muestras nos da información detallada sobre la sangre, las biomoléculas, los electrolitos, la genética, los microorganismos, etc. El análisis ayuda a los profesionales en muchas de sus actividades:

- Ayudar a evaluar el efecto de un tratamiento determinado.
- Monitorizar la acción de los fármacos.
- Recetar fármacos de forma correcta.
- Investigar sobre los mecanismos moleculares de los procesos (medicina personalizada). Los nuevos biomarcadores y las muestras necesarias para su evaluación

están desempeñando un papel cada vez más importante en el tratamiento de pacientes con cáncer y otras enfermedades. La progresión de la investigación básica hasta la aplicación clínica de rutina, denominada investigación traslacional. Es cada vez más rápida e integrada y el manejo de muestras biológicas son parte esencial de este proceso.

-Descartar o diagnosticar posibles afecciones.

-Seguir la progresión de enfermedades ya diagnosticadas.

RECOGIDA DE MUESTRAS

Orina: Para la recogida de muestra de orina esta se hace en la primera hora de la mañana en la primera micción desechando la primera mitad de la micción, antes de recoger la orina se lavará los genitales con agua y jabón. Hay que utilizar siempre los contenedores suministrados por los laboratorios y no manipularlos hasta el momento del uso.

En varones, tras la higiene de los genitales, retirar el glande para que la orina salga directa al contenedor.

En mujeres, tras la higiene de los genitales, separar los labios mayores y menores para que el chorro no toque los labios.

Nada más recogida las muestras de orina, si no es posible transportar la muestra en un período de dos horas al laboratorio hay que refrigerar la muestra a 4° centígrados.

Heces: Para la recogida de heces hay que tener en cuenta no estar con la menstruación, ni 3 días antes de empezar, haber orinado antes y no estar tomando ningún antibiótico. Las muestras se recogen en los contenedores que nos da el laboratorio y no hay que manipularlo antes de su uso. Una vez recogida la muestra hay que refrigerarla entre 4 y 8 grados.

Espustos: La forma de recoger los espustos es mediante la expectoración, se recomienda recogerla después de levantarse antes de ingerir nada y no haber fumado en un periodo de 6 horas. La muestra del esputo se recogerá en un contenedor facilitado por el laboratorio y no será manipulado hasta su uso, una vez recogido se refrigerará no superando un periodo máximo de 24 horas hasta llegar al laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

Después de haber conocido lo que son las muestras biológicas y la labor que tienen los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería de como hay que recogerlas para no contaminarlas y obtener unos buenos resultados, vemos que este proceso sanitario tiene gran importancia en la obtención de información para

poder hacer frente a las enfermedades e investigaciones de patógenos, siendo una herramienta muy útil para hacer frente a las enfermedades y obtener un buen pronóstico. Hay que tener especial cuidado al recogerlas para evitar que puedan ser contaminadas, teniendo el buen criterio de que si creemos que la recogida no se ha obtenido de una forma segura, volver a repetirla para que no se tenga ninguna duda de que se ha podido contaminar, ya que puede dar un pronóstico erróneo. Tener en cuenta por supuesto que la identificación y la conservación de las muestras son también de gran importancia.

6 Bibliografía

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

Capítulo 238

LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS PARA EL CONTROL DE LA INCIDENCIA DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES POR PARTE DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE).

MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO

TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO

ALEJANDRO PEREZ GARCIA

JUANA REYES ESPINOSA

MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO

1 Introducción

La sepsis es un grave problema de salud que provoca la muerte a 1.400 personas cada día. En la mayor parte de los casos, los pacientes obtienen la infección durante su estancia hospitalaria. Suponen la infección intrahospitalaria más común, impidiendo así, una asistencia sanitaria de calidad. Además de conllevar un elevado coste económico.

Históricamente, Philipp Semmelweis, médico obstetra, durante su trabajo observó que las muertes por fiebre puerperal eran devastadoras. Por ello, comenzó a investigarlo, llegando a encontrar una notable diferencia en la asiduidad de presentación de dicha enfermedad entre las dos salas de maternidad de su lugar de trabajo. Por ello, llegó a la conclusión de que existía una “material cadavérica” que estaba transportándose en las manos. Observó, además, que el número de muertes era superior en la sala, donde atendían los estudiantes de medicina que estaban en contacto con el estudio anatómico en cadáveres. En 1847, Semmelweis, sugirió al resto de profesionales realizar un lavado de manos previo y posterior a la atención de la parturienta con una solución de cloro, logrando con esta acción una disminución insólita de las tasas de muerte.

En la actualidad, los protocolos de vigilancia vinculados con el proceso de higiene de manos son una herramienta de gran utilidad para poder combatir este problema de salud.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer a los profesionales sanitarios y, en especial, al grupo de técnicos auxiliares de enfermería (TCAE), el problema que supone las infecciones nosocomiales y la problemática sociosanitaria que supone.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de 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 infección intrahospitalaria sigue siendo uno de los problemas más graves de la salud pública en la actualidad debido a su alta incidencia. Uno de los principales medios de transmisión de patógenos intrahospitalario lo realiza el personal sanitario a través de sus manos. Existen evidencias de estudios realizados que muestran datos del cumplimiento de la higiene de manos por parte del personal

sanitario, siendo esto entre un 5% y un 81 %. Cabe destacar, que el uso de guantes no elude la realización de higiene de manos antes y después de su uso.

Para la prevención de infecciones intrahospitalarias, la higiene de manos es una de las principales medidas. Esta se puede realizar con jabón y agua, antisépticos o soluciones alcohólicas. Todas ellas presentan efectividad ante la erradicación de los patógenos presentes, teniendo en cuenta las ventajas que presentan las soluciones alcohólicas. Estas ventajas son la disminución del tiempo empleado para su administración y el menor deterioro de la piel.

El déficit en la adhesión a la práctica de higiene de manos, hace realizar el planteamiento sobre dicha cuestión. Por ello, se hace necesario llevar a cabo programas de educación y prevención tanto para profesionales como para la población en general sobre higiene de manos y un estricto plan para su realización en los hospitales. Todo ello supondría una disminución en la tasa de ocurrencia de infecciones relacionadas con este problema, además de mejorar la seguridad y la calidad asistencial.

Por otra parte, también se considera una cuestión importante, la desinfección e higiene, tanto del entorno como del material utilizado para valorar a los pacientes.

Ya que en ello alberga un gran número de patógenos que serán transmitidos de paciente en paciente.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, en la atención hospitalaria existe un déficit de higiene de manos entre los profesionales y los mismos usuarios de salud. A pesar de encontrar soluciones alcohólicas por la mayoría de las áreas hospitalarias, la infección nosocomial relacionada con el déficit de higiene de manos sigue siendo uno de los mayores problemas de salud pública. Por ello, se hace necesario, un plan estricto en salud sobre dicha cuestión, ya que ha quedado evidenciado por diversos estudios científicos la disminución de patógenos y la transmisión de los mismos que supone una correcta y adecuada higiene de manos en el ámbito hospitalario.

Esta revisión bibliográfica va encaminada a la concienciación de los profesionales sanitarios, porque son el principal medio de transporte de patógenos entre pacientes. De esta manera, sería una realidad la disminución de la incidencia de infección intrahospitalaria, por lo que se garantizaría la calidad de los cuidados, así como la seguridad de nuestros pacientes.

6 Bibliografía

1. Miranda-Cabezas M, Navarrete-Torres L. Smmelweis y su aporte científico a la medicina: un lavado de manos salva vidas. *Rev Chil Infect*
2. Lupión C, López-Cortés LE, Rodríguez-Baño J. Medidas de prevención de la transmisión de microorganismos entre pacientes hospitalizados. *Higiene de manos. Enferm Infecc Microbiol Clin.*
3. Elola-Vicente P, Aroca-Palencia J, Huertas- Paredero MV, Díez-Sebastián J, Rivas-Bellido L, Martínez-Martínez G, et al. Programa de formación sobre la higiene de las manos. Estudio comparativo aleatorizado del lavado higiénico y el uso de soluciones alcohólicas. *Enferm Clin.*
4. Coelho MS, Silva Arruda C, Faria Simoes SM. Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo. *Enfermería Global*
5. López-Martín MB, Erice Calvo-Sotelo A. Comparative Study of presurgical hand hygiene with hydroalcoholic solution versus traditional presurgical hand hygiene. *Enferm clin.*

Capítulo 239

EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA. CATEGORÍA DE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA CON-
SUEGRA

MARIA DEL CARMEN MAROTO MARCOTE

ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ

MERCEDES MADRID MONREAL

LUCIA RAMOS ADEVA

1 Introducción

El servicio de farmacia hospitalaria es uno de los grandes desconocidos, aun así es uno de los más importantes del hospital, entre sus funciones se encuentran la de adquisición de medicamentos, elaboración de medicamentos, servicio de farmacia al paciente, tanto para paciente hospitalizado como para paciente externo. El objetivo de este servicio es hacerle llegar la dosis del medicamento correcto al paciente correcto en el horario correcto.

El Servicio de Farmacia Hospitalaria tiene un gran valor en cuanto a la preparación de los tratamientos, puesto que si este servicio no existiera es posi-

ble que muchos tratamientos no pudieran llevarse a cabo al no tener acceso a los medicamentos que aquí se preparan.

En este servicio se preparan y dispensan los medicamentos tanto para pacientes ingresados como para pacientes externos, pacientes oncológicos que llevan un tratamiento desde casa, pacientes que se encuentra en proceso de tratamiento de fertilidad, pacientes de residencias, etc. También se preparan los medicamentos que se requieren desde atención primaria.

A los pacientes que no pueden recoger el medicamento en el servicio de farmacia se les facilita su entrega llevándoselos a su domicilio, una vez a la semana.

Además, este servicio abarata los costes de acceso a los medicamentos y supone un ahorro económico al prepararlos desde aquí y sobre todo con la mayor eficacia posible. Se busca obtener los mejores medicamentos al menor coste posible.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es explicar el servicio de la farmacia hospitalaria, su importancia para la comunidad sanitaria y las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el mismo.

3 Metodología

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

4 Resultados

LAS FUNCIONES DEL TCAE EN LA FARMACIA HOSPITALARIA.

La farmacia hospitalaria se organiza en varias zonas, en cada una de ellas se llevan a cabo distintas actividades y en cada una de ellas el técnico en cuidados auxiliares de enfermería lleva a cabo varias funciones.

* En la zona de recepción de medicamentos:

Esta zona es dónde se dividen los medicamentos según su destino, los que son de uso para el propio hospital y los que van a ser usados en tratamientos externos.

Se llevan al almacén, cada uno de los medicamentos requerirá unas condiciones de conservación distintas. Es muy importante que el Tcae vaya vigilando las fechas de caducidad en esta área.

Una vez clasificados los medicamentos se registran en la hoja del stock.

* La sala blanca es donde se lleva a cabo la preparación de medicamentos, el técnico en cuidados auxiliar de enfermería tendrá la disposición para ayudar en los que se requiera a los farmacéuticos y el equipo de enfermería.

* En la sala de reembasado se etiquetan todos los medicamentos y se preparan en blíster o envases convenientes. Una vez hecho esto se preparan en las cajas correspondientes o en carros, dependiendo de su destino. Por último los celadores o los servicios de transporte para los medicamentos de destino externo, recogen los medicamentos y los llevan a su destino final.

Además de estas funciones el TCAE también tiene un estrecho contacto con los centros de atención primaria, ya que estos requieren medicamentos de forma habitual.

Los medicamentos se pueden preparar a través de pedidos o de forma urgente para planta.

El servicio de farmacia es un servicio con un equipo multidisciplinar, en el que el TCAE realiza tareas de conexión entre el equipo en muchas ocasiones, además, de tener contacto con servicios externos.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de farmacia hospitalaria es uno de los más importantes en cuanto al ámbito sanitario se refiere, sin él, muchos pacientes no podrían llevar a cabo sus tratamientos, por la inexistencia de los medicamentos o bien por su alto coste.

Este servicio da cobertura tanto al hospital donde se encuentra como a servicios externos, centros de primaria, residencias o tratamientos que se aplican en el domicilio del paciente.

Cuenta con un servicio de reparto para que todos los pacientes puedan tener acceso a sus medicamentos.

En cuanto a las funciones del TCAE en este servicio podemos destacar la recepción y división de los medicamentos según su destino, el control en el almacén de los medicamentos (caducidad, stock, condiciones de conservación), también

es el encargado de preparar los carros de reparto con los paquetes o cajas correctamente dispuestos.

6 Bibliografía

1. <https://prezi.com/p/abswoeh2hesz/tcae-en-farmacia-hospitalaria/>.

Capítulo 240

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPIS)

RAQUEL GARCIA PICAZO

CRISTINA GRÑAN DE MORA

SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN

CRISTINA CROITORU GROZA

PEDRO JIMENEZ MARQUEZ

1 Introducción

El equipo de protección personal, o EPI, como se lo conoce más comúnmente, no es un término que se haya utilizado únicamente en relación con el COVID. Los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería (TCAE) y el resto de profesionales ya lo conocían a nivel sanitario porque se utiliza para proteger contra enfermedades infecciosas en los distintos centros sanitarios o en algunas zonas más delicadas para prevenir infecciones o contagios. Pero ante el hecho antes mencionado, la epidemia provocada por el Covid-19, también desarrolló más protocolos de colocación y retirada, haciéndolo más latente y visible.

Los TCAE estuvieron en primera línea en la lucha contra el coronavirus, llegando incluso a tomar todas las precauciones razonables, en consonancia con el tema que se ha mencionado sobre el inicio de la pandemia y el auge de los EPI.

Con el fin de prevenir una infección generalizada evitando el contacto directo con los pacientes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y numerosas páginas en internet desarrollaron protocolos para ponerse y ponerse equipos de protección personal.

Este capítulo nos muestra el protocolo y cómo los TCAE deben seguirlo para cuidar de sí mismos, de los demás pacientes y de sus compañeros de trabajo previniendo el contagio.

2 Objetivos

- Explicar el protocolo de puesta y retirada de EPI.
- Dar a conocer los distintos riesgos que corre el personal sanitario si no se realiza la colocación correcta.

3 Metodología

Para esta elaboración se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros, vídeos y también artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre dicho tema.

4 Resultados

Cabe señalar que el Ministerio de Salud fue el responsable de todas las acciones tomadas durante la Pandemia; a partir de ahí, sugirieron una distancia de seguridad de más de 1,8 metros además de establecer la mascarilla quirúrgica, guantes y bata.

Sin embargo, se requiere equipo de protección personal, que consta de lo siguiente, si se está cerca de personas que son COVID o que están infectadas.

- Una bata impermeable.
- La mascarilla FFP2, que se colocará en el rostro.
- Seguridad ocular, gafas para proteger los ojos.
- Guantes de trabajo de nitrilo, que serán desechables.

- Un líquido alcohólico para darse continuamente en las manos, aunque se lleven guantes.

Y las reglas establecidas para ponerse y quitarse son las siguientes:

1. Quítate todas las joyas, el reloj y recoge tu cabello.
2. Utilizando gel hidroalcohólico en las manos.
3. Ponte la bata impermeable.
4. Póngase gafas o protección para los ojos.
5. Se deben usar guantes de manera que queden fuera de los puños de la bata.

Al quitarse los EPI, las TCAE deben ser absolutamente minuciosas para evitar la contaminación.

Para quitarse el EPP, debe hacer lo siguiente:

1. Quítate los guantes. Para ello utilizaremos la mano enguantada para sujetar la parte exterior mientras la mano sin guante introduce sus dedos debajo del guante a la altura de la muñeca y lo retira, permitiéndonos retirarlo y cubrir el primer guante. Luego se tirarán
2. Nos quitamos la bata, despegándola por dentro, enrollándola y desechándola.
3. Posteriormente, tras limpiar las bandas detrás de la oreja, retiramos la protección ocular.
4. Una vez nos alejamos del paciente contagiado, nos quitamos la mascarilla que veníamos usando. Para ello sujetamos la banda flexible inferior mientras retiramos y desechamos la banda superior.

5 Discusión-Conclusión

Después de revisar la literatura relevante sobre los procedimientos para la puesta y retirada del EPI, llegamos a la conclusión de que los TCAE tienen una responsabilidad importante tanto en la atención al paciente como en el conocimiento y la implementación integral para evitar la infección de otras personas en la vida diaria y para ellos mismos.

No nos conformamos con conocer el protocolo, sino que también debemos enseñárselo a profesionales del ámbito sanitario que o no lo conocen o se equivocan al utilizarlo.

Todos los trabajadores de la salud que interactúan con pacientes con enfermedades infecciosas tienen la responsabilidad de tener extremo cuidado para prevenir la propagación de enfermedades.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/precauciones-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria-colocacion-equipos-proteccion-individual-coronavirus/>.

Capítulo 241

LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA Y LAS CONVULSIONES DE PACIENTES CON EPILÉPSIA.

SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN

RAQUEL GARCIA PICAZO

CRISTINA GRIÑAN DE MORA

CRISTINA CROITORU GROZA

PEDRO JIMENEZ MARQUEZ

1 Introducción

No importa la raza, el sexo u otras características de una persona, la epilepsia es una condición neurológica que puede afectar a cualquier persona. Por lo general, los primeros síntomas de esta enfermedad aparecen en la infancia. El paciente es diagnosticado y ahora se iniciará el tratamiento adecuado.

En el cerebro, una convulsión se caracteriza por un cambio abrupto e incontrolado en la actividad eléctrica. Puede alterar los niveles de conciencia, así como el comportamiento, el movimiento y los sentimientos. La epilepsia se define como tener dos o más convulsiones con al menos 24 horas de diferencia y sin causa conocida.

Esta convulsión también puede ser provocada por determinados tumores cerebrales y otras patologías, además de la epilepsia.

Existen varios tipos de convulsiones y, naturalmente, dependiendo de ellas, también se puede determinar su estado postcrítico. Es posible que se presenten síntomas desde extremadamente leves a graves. Los más comunes pueden ser mareos, movimientos repentinos y repetitivos (como movimientos espasmódicos e incontrolables de piernas y brazos) y pérdida del sentido del tiempo, entre otros.

El técnico auxiliar de cuidados de enfermería (TCAE) debe estar debidamente formado e incluso reentrenado para poder dar respuesta a un paciente que está sufriendo una convulsión y está siendo observado por este profesional.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer las funciones del TCAE en pacientes con epilepsia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de 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 prevalencia y la incidencia de la enfermedad epilepsia aumentan día a día. Alrededor del 70% de los pacientes con epilepsia responden bien a la terapia farmacológica, pero el 30% restante son resistentes a los medicamentos y necesitan cirugía u otras terapias alternativas para ser tratados.

Esta población de pacientes es la que más problemas genera en términos de gasto sanitario y calidad de vida, no solo por el elevado coste de los tratamientos necesarios, sino también por los posibles efectos negativos que la enfermedad puede tener en todos los ámbitos de la vida.

Por lo tanto, realizar un diagnóstico temprano y exhaustivo de la enfermedad es esencial para establecer una atención de calidad. Todo el personal médico propor-

ciona esta atención, pero la enfermería desempeña un papel clave, especialmente en lo que respecta a la educación sanitaria.

Es crucial que el TCAE sepa qué hacer y qué no hacer para beneficiar al paciente. El TCAE debe colocar cuidadosamente al individuo en el suelo. Debe intentar girar suavemente a la persona hacia un lado una vez que la convulsión haya cesado.

Como resultado, puede respirar mejor. Para evitar lesiones, retire cualquier objeto afilado o duro que esté cerca de la persona. Recostará la cabeza del paciente sobre una superficie suave y plana, como una chaqueta doblada. Lo mejor es quitarse la corbata o cualquier otro elemento que pueda estar obstruyendo la respiración del paciente alrededor del cuello.

Durante la fase de convulsión, el TCAE no hará ningún esfuerzo por mantener quieto al sujeto ni evitar que se mueva. Al paciente no se le meterá nada en la boca porque hacerlo podría dañar sus dientes o su mandíbula. Las personas que sufren ataques epilépticos no pueden tragar la lengua. Nunca intente realizar reanimación boca a boca de rescate (como RCP) a una persona. Después de una convulsión, las personas frecuentemente comienzan a respirar de forma independiente una vez más. No se les debe dar agua ni comida hasta que estén completamente despiertos.

El TCAE o cualquier persona que sea testigo de la incautación debe determinar cuánto dura para poder marcar al 911 e informar al operador de su duración

5 Discusión-Conclusión

Es un tema muy importante y actual porque cualquier profesional o persona necesita ser consciente de los síntomas y signos que pueden aparecer durante una convulsión, así como de lo que debe y no debe hacer para minimizar el sufrimiento de la persona y, por supuesto, prevenir cualquier complicación de esta situación. Como se ha demostrado, se deben formar convenientemente a los TCAE, y en los casos en que no pueda hacerlo, se debe realizar un reciclaje para poder abordar la situación si se presenta.

Dado que las complicaciones durante la convulsión pueden ser incluso graves, como lo demuestran nuestros resultados, cada acción es crítica porque una caída puede ser fatal.

6 Bibliografía

- Guía práctica clínica de la Sociedad Andaluza de Epilepsia sobre profilaxis y tratamiento de las crisis epilépticas sintomáticas agudas. Rev Neurologia.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 242

LOS CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE HIPERTENSO

MARIA GOMEZ GOMEZ

CLARA ROMERO GARCÍA

ISABEL ANGORA PANTOJA

MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ

ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una patología crónica que se caracteriza por niveles elevados de presión arterial que puede causar trastornos cerebrovasculares isquémicos y hemorrágicos en pacientes que sufren este tipo de enfermedad. Los valores normales oscilan entre 120 a 129 milímetros de mercurio (mmHg) de presión arterial sistólica o máxima y de 80 a 84 milímetros de mercurio (mmHg) de presión arterial mínima o diastólica.

Una crisis hipertensiva es un tipo de complicación grave que se asocia con la presión arterial alta que puede causar daño a los órganos diana. Para que se considere crisis hipertensiva, la presión arterial sistólica o máxima debe tener unos valores superiores a 210 milímetros de mercurio (mmHg) y la presión arterial

diastólica o mínima debe tener unos valores por encima de 120 milímetros de mercurio (mmHg).

Las crisis hipertensivas suelen estar relacionadas y provocadas por un aumento repentino de los niveles de presión arterial en pacientes que sufren hipertensión arterial (HTA). Algunas de las causas más frecuentes que van a ocasionar hipertensión arterial (HTA) en los pacientes son: vasculitis, nefropatía, diversos tumores, efecto rebote por suspensión del tratamiento antihipertensivo, etc. Dentro de las crisis hipertensivas, encontramos las crisis hipertensivas urgentes y crisis hipertensivas emergentes, la principal diferencia entre ambas es que en una de ellas la HTA va a tener que ser tratada de inmediato.

2 Objetivos

-Describir a partir de un caso clínico qué es la Hipertensión Arterial, y cuáles son las principales causas de la HTA por parte del equipo de enfermería.

3 Caso clínico

Caso clínico:

Varón de 60 años de edad, viudo desde los 58 y con dos hijos de 29 y 30 años de edad, un día el paciente decide acudir a su médico de cabecera por presentar los siguientes síntomas: fatiga, cansancio, dificultad para respirar, visión borrosa, sed y muchas ganas de orinar. Tras llegar a la consulta de su médico de cabecera, el facultativo ve que el paciente presenta obesidad y puede tener HTA, ya que tiene

180/130 mmHg como consecuencia de la obesidad que sufre, por lo que le manda una analítica completa (colesterol, triglicéridos, hemoglobina, hemoglobina glicosilada) y controles durante una semana de la tensión arterial

(TA). Tras realizarse la analítica y la toma de TA durante una semana y volver a la consulta del médico de cabecera a la semana siguiente, el facultativo le dice al paciente que todos los valores de la analítica están fuera de rango y que la TA que tiene esta alta, por lo que decide derivarlo a un nutricionista y al cardiólogo para que le ayude a afrontar mejor los problemas de salud que sufre. En la primera consulta que va a tener el paciente con el nutricionista se le va a medir, tallar, se le van a mandar los alimentos que puede y no debe tomar, se le darán una serie de ejercicios físicos que deberá realizar y volverá a la consulta dentro de 1 mes para ver cómo va de peso. El paciente también irá al cardiólogo para que le controle el problema de HTA que presenta con un tratamiento farmacológico.

Cuando el paciente acude a revisión con el nutricionista vemos una importante bajada de peso y los valores que presenta de TA se encuentran normales.

4 Discusión-Conclusión

Para finalizar con este capítulo de libro sobre la hipertensión arterial, podemos decir que es una enfermedad que va a atacar a las arterias, debido a que se van esclerosando, y poco a poco, con el paso del tiempo, la persona que lo padece se va sintiendo mal sin saber lo que le pasa, hasta que va a su facultativo y descubre que es un problema de tensión arterial.

Por último y para terminar con este capítulo de libro sobre la HTA, tenemos que saber que es una enfermedad muy peligrosa y que la tenemos que tener muy controlada y de la mejor manera posible.

5 Bibliografía

1. Presión arterial Alta en Adultos - hipertensión: Medlineplus Enciclopedia Médica [Internet]. MedlinePlus. U.S. National Library of Medicine; Encontrado en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>

Capítulo 243

ACCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SONDAJE VESICAL DEL PACIENTE

CLAUDIA MEDINA CARO

ROSA SERRANO MORENO

OLGA GARCÍA RODRIGO

MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ ALARCÓN

VANESA RUIZ RONCERO

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica invasiva mediante la cual se introduce una sonda hasta la vejiga atravesando el meato urinario cuyo objetivo es el drenaje y la recolecta de la orina que se encuentra en la vejiga del paciente cuando este no puede eliminarla por sí mismo. Se puede utilizar con propósitos diagnósticos o terapéuticos y está indicado en casos como para facilitar la expulsión de la orina, realizar un control del flujo urinario, obtención de muestras estériles, manejar hematurias asociadas a coágulos, irrigar la vejiga, introducir medicamentos o calcular la orina residual entre otros.

Existen distintos tipos de sondas vesicales, así, dependiendo de las características del paciente y de cuál sea el propósito para el que se utiliza, se optará por un tipo

u otro, que se seleccionan según las características del paciente y el propósito terapéutico.

Los tipos más comunes son:

- Sondas vesicales permanentes: Sondas con punta o globo, permanecen en la vejiga durante un período más o menos prolongado y continuo de tiempo. Se fijan a una bolsa de drenaje donde se recoge la orina y se pueden sujetar a la pierna del paciente para que este está más cómodo.
- Sondas vesicales temporales o intermitentes: Sondas ordinarias o rectas que se insertan en la vejiga para drenarla y, una vez vaciada la vejiga se retiran. Se utilizan cuando es necesario drenar la vejiga de manera regular.

El sondaje vesical se realiza únicamente cuando es estrictamente necesario por los riesgos infección que supone y porque se pueden producir traumatismos en las áreas atravesadas por la sonda.

Las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería están relacionadas con la preparación del material necesario para su puesta, la vigilancia de que drene bien y el mantenimiento de la higiene genital del paciente.

2 Objetivos

- Exponer la importancia del papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la preparación, ejecución y seguimiento del sondaje vesical.
- Describir las funciones, tareas y responsabilidades del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el sondaje vesical.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “sondaje vesical” o “técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el sondaje vesical”.

4 Resultados

Para la realización de un sondaje vesical será necesaria la propia sonda vesical y una bolsa de diuresis. La sonda vesical es un tubo semirrígido con el final perforado que recogerá la orina de la vejiga y cuyo extremo contrario habrá de ser conectado a la bolsa de diuresis. La bolsa de diuresis o bolsa recolectora es el lugar en el que se almacenará la orina, que estará conectada a la sonda a través de un tubo de plástico. La bolsa tiene que vaciarse cuando sea preciso y se debe cambiar al menos una vez al día, aunque esto dependerá de la patología del enfermo y de la prescripción realizada por el personal médico.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería conocer y diferenciar las distintas sondas vesicales que pueden ser de distinto material (caucho, plástico, metal o silicona) y entre sus diferentes calibres. Las sondas más utilizadas son:

- **Pezzer:** Es una sonda semirrígida, de una sola luz, con punta fungiforme y recta, puede tener dos orificios o más. Es un sondaje permanente que se pone de manera quirúrgica. Se utiliza además de en el drenaje vesical, en renal y en el suprapúbico.
- **Malecot:** Es una sonda semirrígida de una sola luz, con una punta fungiforme, pero con orificios mayores que la de Pezzer. También se inserta de manera quirúrgica.
- **Foley:** Esta sonda es flexible de punta redondeada o acodada y de dos o tres luces. A través de una de las luces se drena la orina, otra se usa para llenar el balón con agua o suero fisiológico y la última se usa para irrigar la vejiga.
- **Robinson:** Es una sonda rígida de una sola luz, de punta redondeada o acodada, con unos orificios y que se utiliza en sondajes temporales.

El personal de enfermería es el encargado de la realización del sondaje vesical, las funciones del TCAE están relacionadas con la preparación del equipo y la colaboración mientras se realiza el proceso.

Las tareas realizadas por el TCAE consisten en:

Preparar el material y dárselo a la enfermera cuando lo solicite. Este material está compuesto por un equipamiento variado como: un contenedor de agua caliente, jabón, esponja... para realizar la higiene genital, guantes, antisépticos, gasas y paños estériles, pinzas de disección, lubricante anestésico, la propia sonda vesical y la bolsa de diuresis, batea, entre otros.

Mantener la bolsa de diuresis en condiciones asépticas para prevenir infecciones y facilitar el drenaje de esta, comprobando que se encuentra colocada correctamente en su soporte y que está situada por debajo de la horizontal de la vejiga.

Cambiar la bolsa de diuresis pinzando la sonda con una pinza de Kocher, y pinzando la bolsa para desconectarla después. Se apoya la sonda sobre una gasa y

posteriormente se quita el tubo de la nueva bolsa y se conecta a la sonda vesical. El TCAE también se ocupará de tareas como la vigilancia de que no haya obstrucciones en el tubo de drenaje, de higienizar el área perineal-genital dos veces al día como mínimo y aplicar un antiséptico, y de observar y registrar la cantidad y características de la orina drenada.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel muy importante en la preparación del material y la asistencia durante el procedimiento de sondaje vesical al paciente, lo que contribuye a la garantía de un proceso seguro y de éxito. Para la realización de esta técnica se requiere la utilización de diversos materiales y equipo especializado, y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el responsable de tenerlos listos y preparados para que los utilice el personal de enfermería. Una vez realizado el sondaje vesical, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería también se encarga de la higiene del paciente, del recambio de la bolsa de diuresis, así como de la supervisión del drenaje.

Un aspecto a destacar es la variedad de sondas vesicales disponibles, cada una con sus propias características y adaptadas a cada necesidad. El conocimiento del técnico en cuidados auxiliares de enfermería acerca de los tipos de sondas y la manera de manejarlas contribuye a un proceso seguro.

En resumen, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería contribuye con su colaboración en la ejecución segura del sondaje vesical. Su responsabilidad abarca desde la preparación de los materiales hasta la colaboración durante el procedimiento y la posterior asistencia al paciente asegurando su bienestar.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. Sondas vesicales, tipos y funciones del TCAE [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/sondas-vesicales-tipos-funciones-tcae/amp/>.
2. Ocronos R. Función del TCAE en la colocación de una sonda vesical [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/actuacion-tcae-sondaje-vesical/amp/>.
3. T.C.A.E. - Auxiliar de Enfermera - Técnicas y Protocolos [Internet]. Auxiliar-enfermeria.com. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.auxiliar-enfermeria.com/tecnicasauxenf.htm>.

4. APUNTES AUXILIAR ENFERMERÍA [Internet]. Blogspot.com. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com/2010/09/el-sondaje-vesical.html?m=1>.

Capítulo 244

MEDIDAS PREVENTIVAS A APLICAR POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

CLAUDIA MEDINA CARO

ROSA SERRANO MORENO

OLGA GARCÍA RODRIGO

MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ ALARCÓN

VANESA RUIZ RONCERO

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP), úlceras decúbito, llagas de presión o escaras son lesiones isquémicas que se producen en la piel del paciente, es decir, se producen como consecuencia de un déficit de riego sanguíneo y de nutrientes en la zona afectada, cuyo origen está en un exceso de presión producida o una exposición de presión constante y prolongada en esta área y que puede derivar en la muerte del tejido y la posterior necrosis.

La producción de estas úlceras está relacionada con el inmovilismo del paciente y afecta a las áreas del cuerpo en las que los huesos están próximos a la piel, como son los talones, los codos, los omoplatos, el coxis, la región sacra, los maléolos, las costillas, los hombros y las orejas.

Según su gravedad, en las úlceras por presión, se pueden observar cuatro etapas:

- Primera etapa: Se observa un enrojecimiento de la piel que no desaparece en los treinta minutos posteriores al alivio de la presión.
- Segunda etapa: Se produce una reducción en el espesor de la piel y se pueden observar heridas superficiales o ampollas.
- Tercera etapa: Se produce la pérdida completa del espesor de la piel, la lesión puede llegar hasta el tejido subcutáneo, pero músculo, tendón y hueso aún no son visibles. Hay que prestar atención a la aparición de señales de infección como pus, enrojecimiento del borde de la lesión, fiebre, etc., o de necrosis.
- Cuarta etapa: En este punto, la lesión se habrá extendido hasta el músculo o, incluso, hasta el hueso, puede haber mucho tejido muerto, drenaje y la posibilidad de infección es muy alta.

La prevención de las úlceras por presión es muy importante por las consecuencias que acarrean en la calidad de vida y en la salud de los pacientes, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en la prevención de las úlceras por presión y en su detección derivado del conocimiento adquirido durante su formación y la práctica de las acciones en el desarrollo de su labor.

2 Objetivos

- Resaltar las graves consecuencias que pueden tener las úlceras por presión en la salud de los pacientes y la importancia de la aplicación de medidas de prevención.
- Describir las principales medidas de prevención que los TCAE pueden utilizar para evitar la aparición de úlceras por presión en pacientes encamados.
- Destacar la relevancia de la labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la prevención de úlceras por presión.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “úlceras por presión” “TCAE ante las úlceras por presión” o “úlceras por presión medidas preventivas”.

4 Resultados

Las úlceras por presión pueden tener graves consecuencias en la salud de los pacientes y son causa de dolor, posibles fuentes de infección y otras complicaciones que pueden poner en peligro la vida del paciente. Sin duda la mejor forma de actuar contra las úlceras por presión es la utilización de medidas preventivas. La prevención consistiría en reducir o, si es posible, eliminar la presión, favorecer la circulación sanguínea y procurar mantener la piel limpia e hidratada.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede utilizar diferentes prácticas como medidas de prevención ante las úlceras por presión. El mantenimiento de una buena higiene del paciente es primordial. Al menos una vez al día se debe realizar un lavado del paciente utilizando un jabón neutro, aclarando bien y prestando atención al secado, sobre todo, en las zonas donde se formen pliegues. Si el paciente está vendado, se debe comprobar que los vendajes estén secos y estirados, además, mientras se realiza el aseado se puede aprovechar para observar minuciosamente las zonas de apoyo del paciente en búsqueda de piel enrojecida, que señalaría una situación previa a la producción de una úlcera.

Otro aspecto a tener en cuenta es la hidratación de la piel, en aquellos pacientes en los que se observe sequedad en la piel será necesaria la utilización de cremas protectoras o aceites. La aplicación de estos productos debe ser suave y debe realizarse durante solo unos minutos. También se pueden aprovechar esos momentos para aplicar masajes en las zonas que sean más proclives a ulcerarse para favorecer la circulación sanguínea, cuidando de no masajear las áreas que ya estén ulceradas.

Otra de las medidas preventivas a aplicar consistiría en mantener la ropa de la cama limpia y seca, cambiándola cuantas veces sea necesario al día. La cama debe estar bien hecha, estirada, sin arrugas y con la suficiente holgura en la sabana para que el paciente pueda moverse sin dificultad. Es fundamental prestar atención a los cambios posturales. Se debe cambiar de posición al paciente encamado para variar los puntos de presión. Estos cambios deben realizarse las veinticuatro horas del día y cada dos a cuatro horas, siendo las posiciones más utilizadas en pacientes encamados las siguientes: decúbito supino, lateral y prona, y Fowler.

El mantenimiento de una nutrición correcta del paciente es muy importante. Proporcionar una alimentación correcta y suficiente en calorías y proteínas para mantener la salud del paciente y con una cantidad de líquidos abundante. La dieta administrada debe ser rica en nutrientes que favorezcan la salud de la piel, como pueden ser las vitaminas y las proteínas.

La realización de ejercicios de gimnasia activa o de gimnasia pasiva, si el paciente

no puede moverse solo, también constituye una medida preventiva. Estos ejercicios pueden consistir en extender y flexionar brazos y piernas, rotación de manos y pies, separar y aproximar brazos y piernas, movimientos de cabeza, etc.

Finalmente, también se puede recurrir al uso de accesorios que sirvan para reducir la presión sobre la piel del enfermo como: el arco de Anderson, colchones antiescaras, cojines y almohadas, o vendajes con almohadillado.

Es fundamental resaltar en que la prevención de las úlceras por presión los Técnicos Auxiliares de Enfermería pueden desarrollar una importante labor colaborando en la aplicación de las prácticas seguras descritas y mediante la detección temprana de las úlceras por presión.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión son un problema importante para la salud y calidad de vida de los pacientes inmovilizados. Estas lesiones isquémicas tienen consecuencias como dolores, infecciones o necrosis del tejido afectado, reduciendo la calidad de vida del paciente o poniéndola en riesgo. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel esencial en la prevención de las úlceras por presión, y sus prácticas pueden ser relevantes para el bienestar del paciente. Las diversas medidas preventivas que los TCAE pueden implementar para evitar la aparición de úlceras por presión y la asistencia continua e individualizada al paciente, hacen que los TCAE jueguen un papel fundamental en las tareas de prevención, y con sus conocimientos y dedicación pueden contribuir de manera significativa a reducir los riesgos y evitar la aparición de estas dolorosas lesiones. Con la adopción de las medidas preventivas expuestas y al prestar atención a las necesidades individuales de cada paciente, los TCAE pueden suponer un recurso muy positivo en la vida de aquellos pacientes que más lo necesitan.

6 Bibliografía

1. Úlcera por presión. Skin, Hair and Nails [Internet]. 2002 [citado el 30 de julio de 2023]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>.
2. Úlceras por presión: Prevención [Internet]. Ulceras.net. [citado el 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://ulceras.net/monografico/112/100/ulceraspor-presion-prevencion.html>.
3. Ocronos R. Funciones del TCAE en la prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP) [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el 646

30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-tcaeupp/amp/>.

4. de Enfermería Ocronos RM y. ▷ Úlceras por presión - cuidados y prevención por parte del TCAE - Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/ulceras-por-presion-cuidadosprevencion-tcae/amp/>.

Capítulo 245

LA ESQUIZOFRENIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

OLGA GARCÍA RODRIGO

MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ ALARCÓN

VANESA RUIZ RONCERO

CLAUDIA MEDINA CARO

ROSA SERRANO MORENO

1 Introducción

La enfermedad mental se localiza en el sistema nervioso central logrando que las personas que lo padecen tengan un comportamiento extraño y poco habitual. De esta forma el cerebro tiene un comportamiento y pensamiento poco coherente. Toda persona que padece una enfermedad mental grave y duradera va a tener una alteración de los pensamientos, de la forma en que percibe el medio y por tanto de su conducta se sale de los parámetros conocidos. Cada enfermedad mental tiene una serie de manifestaciones clínicas que ha hecho que a través del DSM-V estas patologías mentales se clasifiquen. En este trabajo es objeto la esquizofrenia que con anterioridad al DSM -V, es decir, en el DSM-IV tenía varias clasificaciones como catatónica, hebefrénica entre otras, pero esto ha desaparecido en la última publicación.

La esquizofrenia es una enfermedad crónica y duradera que no suele tener una etiología definida, aunque puede tener causas genéticas, por consumo con tóxicos, pero no está muy confirmado a nivel científico. Esta enfermedad se suele desarrollar en la etapa de la adolescencia cuando la persona comienza a madurar y a buscar la independencia. Suele padecerla el 1% de la población mundial y en muchas ocasiones no se distingue debido a causas culturales.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es definir la enfermedad mental de la esquizofrenia.

El objetivo secundario es exponer la atención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería a este tipo de pacientes con esquizofrenia.

3 Metodología

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

4 Resultados

La esquizofrenia suele presentar síntomas positivos que se reflejan en conductas que escapan a lo considerado normal y unos síntomas negativos que se reflejan en unas emociones que tienden a la depresión y a encerrarse en sí mismo.

Pese a los tratamientos que existen para tratar la enfermedad, no logra curarse, sino que controla la sintomatología por lo que las personas que la padecen deben acostumbrarse a ella. La intervención por parte del equipo de enfermería y por tanto del técnico en cuidados auxiliares de enfermería desde el punto de vista psicológico es primordial para apoyar a estos pacientes. La terapia a estos pacientes es muy positiva para que logren entender los síntomas y se percaten de los signos de su enfermedad para poder tener ayuda cuando tienen una recaída. Estos pacientes toman antipsicóticos que logran mantener a las personas con esquizofrenia en el mundo real sin tener percepciones equivocadas de la realidad.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe: - Apoyar y ayudar al paciente que padece esquizofrenia a una adherencia al tratamiento en su proceso de rehabilitación en el hospital de día. - Promover para que acuda con regularidad a las citas médicas y a la terapia de rehabilitación. - Colaborar con el psiquiatra y la enfermera en la terapia individual que le apoya en su estado y a hacer frente a las recaídas. - Formar parte del grupo que entrenar a estos pacientes en habilidades sociales para poder reinsertarse en el medio social de nuevo. - Brindar apoyo a los familiares para sobrellevar la situación y ayudar a los pacientes. - Formarse para integrar los equipos de rehabilitación en salud mental que están en los hospitales de día de tal manera ayuden a estos usuarios del sistema sanitario con calidad. - En casos de que la terapia psicológica, no sea efectiva se realiza una terapia electroconvulsiva como método extremo para tratar la enfermedad de la esquizofrenia. - Ofrecer pautas que eviten la conducta suicida.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el paciente con esquizofrenia suele tener una sintomatología negativa por lo que como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos promover actitudes y cambios que promuevan la salud mental en él y así pueda hacer frente a la enfermedad y sus síntomas. Pese a la terapia individual y grupal no podemos olvidar que el paciente debe asumir la toma regular de la medicación, así como mostrarle cómo hacer frente a la sintomatología para poder acudir al centro sanitario ante un brote. Por ello, debemos formarnos para realizar un trabajo con eficacia en la salud mental del paciente con esquizofrenia.

6 Bibliografía

1. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hill.
2. <https://revistamedica.com/esquizofrenia-tcae-servicio-de-salud-mental/>
- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeriaen-una-paciente-con-esquizofrenia/>

Capítulo 246

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN AL PLAN DE CUIDADOS DE UN PACIENTE DIABÉTICO CON ARTERIOPATÍA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA VASCULAR

MARÍA SOFIA PARDO GARCIA

ANA MARIA PORTELA HERNÁNDEZ

MIREIA SÁNCHEZ JO

LARA MOLINA MARTIN

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad producida por un aumento del azúcar en la sangre como consecuencia de no poder entrar en las células. Si no se controla adecuadamente, puede producir con los años problemas neurológicos y circulatorios que afectan a los ojos, riñones, circulación, sistema nervioso, etc. Su tratamiento tiene como principales objetivos el prevenir descompensaciones agudas y la presencia de complicaciones para poder disminuir la morbilidad, mejorando la calidad de vida, mediante un excelente control glucémico y de factores de riesgo vascular.

Cada día se hace más presente el impacto de la atención a las personas con diabetes, especialmente en hospitales, clínicas o residencias geriátricas. El trabajo diario de los auxiliares de enfermería es primordial para que los pacientes con afectación de esta enfermedad crónica reciban una atención eficiente.

Mantener niveles elevados de azúcar en sangre lleva a sufrir daños silenciosos en los tejidos, en la circulación y en los grandes órganos como corazón y riñón, así como en la vista. Por ello es importante diagnosticar lo antes posible y retrasar las complicaciones, mejorando los estilos de vida, la alimentación y la actividad física.

Los cuidados del auxiliar de enfermería deberán proporcionar una atención muy específica a este tipo de pacientes, siendo de vital importancia además de la parte clínica, la empatía del auxiliar de enfermería e incluso la pedagogía que aporta a la persona con algún tipo de diabetes con el objetivo de llevar un mejor control de la enfermedad y mayor calidad de vida.

2 Objetivos

Conocer los cuidados fundamentales que establece el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en este tipo de paciente en la planta de cirugía vascular para su correcta evolución y mejoría.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de Emilio, varón de 72 años, que presenta diversas patologías crónicas que le limitan su régimen habitual de vida. Por un lado, es diabético tipo 2 desde hace ya bastantes años en tratamiento con antidiabéticos orales, pero además ha sido necesario combinarlo con insulina, puesto que los antidiabéticos ya no hacen su función o no es suficiente.

A pesar de tener este tratamiento combinado durante años, la enfermedad ha evolucionado a otras complicaciones, y el mal manejo de la enfermedad, a lo largo de los años, le ha desencadenado, complicaciones crónicas como la nefropatía diabética y la arteriopatía con afectación del pie diabético. El paciente se encuentra con la dificultad de que su arteriopatía con afectación de pie diabético y repercusión sobre varios dedos que deberán ser amputados, le limite en extremo la realización de una serie de recomendaciones y el seguimiento de un estilo de vida con hábitos saludables como la realización de ejercicio físico.

Su nefropatía le obliga a ir semanalmente a varias sesiones de hemodiálisis, es-

tando pendiente de trasplante renal. Para la realización de la hemodiálisis, a la espera de un trasplante renal, se le ha implantado una fistula arteriovenosa interna llamada FAVI, que consiste en la unión de una arteria con una vena y permite el flujo necesario para la realización de las sesiones de hemodiálisis. Con ello consigue una mejor calidad de vida y poder vivir más tiempo.

Su arteriopatía le ha causado afectación de pie diabético con repercusión sobre varios dedos que deberán ser amputados.

El paciente será ingresado en el Hospital General de Toledo a través del especialista de cirugía vascular, quien realiza un seguimiento de este paciente durante hace años, para valoración de la amputación de varios dedos de los pies, ya que los tiene necróticos debido a su arteriopatía causada por la diabetes mellitus. Será durante su ingreso quien el personal de TCAE realice sus funciones y sus cuidados sean de gran importancia para el manejo y la mejoría del paciente.

4 Discusión-Conclusión

Tenemos que identificar los factores de riesgo del paciente antes de atenderlo, así como identificar las principales necesidades afectadas.

● Funciones del TCAE:

- Hacer la cama del enfermo.
- Realizar aseos.
- Proporcionar cuñas, colocarlas, retirarlas y limpiarlas. (Si el paciente lo precisa.)
- Limpiar y reponer los carros de curas.
- Recepcionar el carro de comidas y repartirlas.
- Ayudar a comer si fuera preciso.
- Colocar la parte de lencería.
- Ayudar a la ingesta de medicamentos por vía oral y rectal (aplicación de enemas).
- Recoger datos como la temperatura o el control de micción.
- Revisión general del estado de salud del paciente. Avisando a enfermería de cualquier anomalía.
- Ayudar al rasurado si fuera preciso.
- Tener comunicación con los celadores para la realización de tareas, como por ejemplo el aseo del paciente encamado.
- Ayudar a la enfermera para tratar de facilitar su trabajo.

● Cuidados respecto a la diabetes:

- Glucemias capilares antes de cada comida.

- Dieta diabética, por prescripción médica. Tendrá que hacer seis comidas al día baja en hidratos de carbono.

Desayuno – Almuerzo – Comida – Merienda – Cena – Resopón.

- Cuidados respecto al tratamiento de hemodiálisis:

- Solicitar traslado para el tratamiento de hemodiálisis (lo llevará el celador).

- Llevarlo días alternos: lunes/ miércoles/ viernes o martes/ jueves/ sábado.

- Cuidados respecto al pie diabético:

- Realizar diariamente una inspección del pie para detectar lesiones.

- No caminar descalzo.

- Lavar todos los días los pies con jabón y agua tibia. A la hora de secarlos hacerlo despacio y con pequeños toques. Nunca arrastrar.

- Cortar uñas de pies de forma recta.

- No fumar.

- Caminar a diario.

El auxiliar de enfermería es un referente para las personas enfermas y sus familias, ya que necesitan su ayuda y la de los otros profesionales para poder afrontar su enfermedad lo mejor posible.

El TCAE ayudará al paciente con la higiene personal, sobre todo la de los miembros inferiores, con un buen lavado de pies con agua y jabón y un buen secado. Se hará todos los días y se inspeccionará, y si se observa algún cambio lo se debe comunicar a enfermería. También se aprovechará para realizar educación para la salud y enseñar los cuidados que debe tener.

En general, el TCAE realizará actividades derivadas de las tareas asistenciales (como la colaboración con la enfermera en los procedimientos de enfermería) y actividades derivadas de actividades organizativas (como archivo de documentos y registros, reposición de material, ordenación de almacenes, etc.)

5 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/.

2. Manuales MSD. Generalidades sobre la diabetes. 2023. <https://www.msddmanuals.com/es-es/professional/trastornosendocrinol%C3%B3gicos-y->

metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-y-trastornos-delmetabolismo-de-los-hidratos-de-carbono/diabetes-mellitus-dm.

3. Martín Muñoz MC, Albarrán Juan ME, Lumbreras Marín EM. Revisión sobre el dolor neuropático en el síndrome del pie diabético. An Med Interna [Internet]. 21(9):50–5.

4. <https://tcae.com.es/admision-de-paciente-en-unidad-de-enfermeria/>.

Capítulo 247

LOS DIFERENTES COMETIDOS DE LOS CELADORES ANTE UN PACIENTE ÉXITUS

JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE

JAVIER CRESPO NAVARRO

ANDRÉS PERALTA ALDAVERO

SARA JUAN GARCIA

JESÚS RAMON CABRERA NAVARRO

1 Introducción

La muerte es el cese total de todas las funciones vitales de los órganos humanos. Como cualquier otro miembro del equipo multidisciplinario que brinda servicios en un hospital, el celador inevitablemente entrará en contacto con pacientes ingresados en los centros hospitalarios que fallecen durante el desempeño de su trabajo.

Para garantizar una atención médica de alta calidad, es fundamental saber cómo comportarse ante la muerte y con respecto hacia las familias de los pacientes. Debemos tomar todas las precauciones para disminuir el trauma de esta experiencia porque estas son situaciones muy difíciles que pueden tener un gran impacto emocional.

La tanatorio es similar a una funeraria, que puede utilizarse como lugar para exhibir cadáveres entre el lugar de la muerte y el destino final.

También cuenta con el equipamiento necesario para realizar actuaciones de ni-gromancia, terapia de muerte y velorios funerarios.

Hay dos categorías distintas de celadores que están conectados a la morgue, vamos a proceder a enumerarlas:

El celador de anatomía patológica, que depende intrínsecamente de los servicios de anatomía patológica y el celador de autopsias que depende orgánicamente del jefe de gabinete subalterno, fueron ambos creados por la Administración General del Insalud mediante resolución de 22 de mayo de 1981.

2 Objetivos

Enumerar las funciones del celador ante el paciente fallecido, autopsia y traslado a la morgue o sala de autopsias en centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador realizará una variedad de acciones ante la muerte; Necesitarán comprender algunas ideas fundamentales. El cese total de procesos corporales importantes se denomina exitus.

Los profesionales de la salud (médicos, enfermeros y técnicos de enfermería) deben realizar su evaluación y certificación.

Los celadores deben ser conscientes de algunas características fundamentales que presenta el paciente fallecido, tales como: falta de ejercicio respiratorio, falta de tono muscular, desaparición del pulso, ausencia de latidos cardíacos, pérdida de sensibilidad, palidez, rostro rígido y debilidad, así como enfriamiento del cuerpo. Luego de la certificación de defunción por parte del médico, el personal médico ayudará al técnico de enfermería de cuidados auxiliares (TCAE) y a las enfer-

meras a envolver el cuerpo del fallecido, siendo su deber transportar el cuerpo a la morgue.

El proceso de amortajar un cadáver se denomina así.

En el caso de que haya otro paciente en la habitación, debemos proteger al máximo la privacidad mediante el uso de mamparas, biombos o cortinas.

Una vez que el personal de enfermería certifique la muerte del paciente, el celador y el asistente pueden proceder a amortajar al fallecido.

- Deben recostar el cuerpo de lado.
- Los catéteres y tubos serán retirados por el personal sanitario (TCAE, enfermera).
- Se quitarán los objetos personales y se entregarán a los familiares.
- Se cerrarán la boca y los ojos.

Antes de que el cadáver se empiece a poner rígido, estiraremos las extremidades superiores e inferiores.

Estiraremos los brazos cerca del cuerpo o los cruzaremos sobre el pecho dependiendo de si se está realizando una autopsia.

Luego se colocarán pañales para frenar la pérdida de líquido y se taparán con algodón los orificios restantes (en la nariz, orejas, etc). Si no se desea practicar la autopsia al cuerpo, se realizarán las siguientes diligencias: - Se envuelve el cuerpo en un sudario, dejando sólo el rostro expuesto. Finalmente, trasladamos con cuidado el cuerpo a la morgue.

5 Discusión-Conclusión

Será el médico asignado al caso quien informe de su fallecimiento a los familiares del fallecido, no el celador.

Las funciones del grupo de celadores en la morgue incluyen ayudar y asistir al personal médico (patólogos y médicos forenses), así como preparar y posicionar el cuerpo para la autopsia.

El celador también es responsable de colocar el cuerpo sobre la mesa de autopsias en posición supina, ayudar al médico con la autopsia. . Mantener la confidencialidad del proceso y mantener fuera a personas ajenas.

Tras la autopsia, refrescar al paciente. Mantener ordenada la sala de autopsias, el equipo y las mesas. Enviar la muestra al servicio de disección patológica.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-relacion-paciente>

fallecido/#::text=Seg%C3%BAAn%20el%20estatuto%20de%20personal,traslado%20(mortuorio%20

Capítulo 248

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ

1 Introducción

Las enfermedades crónicas se pueden definir como procesos patológicos de evolución prolongada que no se resuelven espontáneamente y que en contadas ocasiones se resuelven por completo. Al hablar de enfermedades crónicas, no se debe de pasar por alto el mencionar la gran carga social que suponen desde el punto de vista económico, además del gran condicionamiento y modificación de los hábitos y actividades diarias a quienes lo padecen y la gran dependencia que le generan a las familias de los pacientes.

El origen o etiología de estas enfermedades es debido a múltiples causas, aunque muy asociada a los malos hábitos de vida, como baja actividad física, el hábito tabáquico, el consumo del alcohol y una mala dieta o una alimentación abusiva. Además, el desarrollo de este tipo de enfermedades es poco predecible, supone muchos factores de riesgo y, exceptuando alguna de ellas, no son de origen infeccioso.

La prevalencia de estas enfermedades, tanto a nivel nacional como internacional, tienen tendencia al alza, por lo que supone un problema grave de salud público

en numerosos países, tanto que, las enfermedades crónicas son responsables del 60% de los fallecimientos y del 75% del gasto público sanitario mundial. Algunas de las enfermedades crónicas más comunes son la hipertensión, la diabetes, las dislipemias, el sobrepeso, la obesidad, el cáncer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la atención a pacientes con enfermedades crónicas.

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

Entre las tareas que realiza el personal TCAE con los pacientes que tienen una enfermedad crónica, destacamos las siguientes:

1. Asistencia en las actividades de la vida diaria.
2. Control y asistencia de medicamentos, ya que muchos pacientes van a requerir medicamentos de forma regular.
3. Se encargara de monitorizar los signos vitales.
4. Dará Apoyo emocional al paciente.
5. Movilización y cuidado postural.
6. Mantenimiento de registros de las actividades realizadas. Se debe tener toda la información registrada de manera ordenada y detallada.
7. Comunicación: el TCAE va a actuar como enlace entre los pacientes, sus familias y el personal médico.
8. Colaboración en la implementación del plan de cuidados.
9. Se encargara de Mantener el entorno seguro y limpio.
10. Observación y detección de cambios del estado del paciente.

Además de todo lo mencionado anteriormente, el personal TCAE también trabajará en equipo con el personal sanitario como son los médicos, enfermeros, nutricionistas y terapeutas para así cerciorarse de que el paciente está recibiendo una buena atención.

Otra responsabilidad que tiene el TCAE es el apoyo a la autonomía y el bienestar: los TCAE desempeñan un papel importante en el empoderamiento de los pacientes con enfermedades crónicas.

Ayudan a los pacientes a desarrollar habilidades de autocuidado, como el control de la glucosa en sangre, la administración de medicamentos y la gestión de la dieta. Esta educación y apoyo contribuyen a la mejora de la calidad de vida y al control de la enfermedad. Además de las responsabilidades propias de su puesto de trabajo, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se va a enfrentar a desafíos como la necesidad de adaptarse a diferentes situaciones clínicas y la gestión de pacientes con múltiples condiciones.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE desempeñan un papel vital en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas, proporcionando apoyo en el cuidado médico y en la promoción del bienestar emocional y físico. Su colaboración con otros profesionales de la salud y su enfoque en la educación y el empoderamiento de los pacientes son esenciales para lograr un manejo efectivo de estas condiciones.

Al fortalecer su formación y su capacidad de comunicación, la presencia de los técnicos auxiliares de enfermería pueden mejorar de forma significativa la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas y contribuir a una atención integral de calidad y efectiva.

6 Bibliografía

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

Capítulo 249

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

PEDRO JIMENEZ MARQUEZ

RAQUEL GARCIA PICAZO

CRISTINA GRIÑAN DE MORA

SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN

CRISTINA CROITORU GROZA

1 Introducción

La traqueotomía es una pequeña intervención quirúrgica mediante la cual se realiza un agujero en la tráquea, por donde se introduce un tubo de plástico llamado cánula por el que el paciente podrá respirar.

La traqueotomía puede ser tanto de urgencia como programada.

También puede ser temporal (por un periodo limitado de tiempo), como permanente (que el paciente la mantenga durante el resto de su vida).

Estudios realizados en la UCI. Han dado como resultado que queda demostrado que una traqueotomía precoz puede ser muy beneficiosa para la salud del paciente, reduciendo considerablemente el periodo de tiempo que deberá depender de la ventilación mecánica.

Otro punto que se ha observado es que a realizar una traqueotomía precoz consigue reducir considerablemente el tiempo que el paciente permanece ingresado en la UCI.

Los pacientes traqueostomizados que se prevé que van a permanecer más de 2 semanas intubados resultan especialmente beneficiados en algunas circunstancias especiales.

Como pueden ser:

- Pacientes con traumatismos craneales.
- Con una baja puntuación en la escala de coma de Glasgow.
- Pacientes con quemaduras de gran importancia.
- Pacientes traumatizados.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, a formar parte del equipo de enfermería, debe de estar familiarizado tanto con los distintos procedimientos, como con el material utilizado y los cuidados que va a necesitar el paciente y el mantenimiento de la traqueotomía.

2 Objetivos

Objetivos principales:

- Aportar a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) los conocimientos necesarios sobre el procedimiento, los materiales usados y los cuidados posteriores que requiere tanto la traqueotomía, como el paciente.
- Dar a conocer tanto las ventajas de esta técnica, como los inconvenientes y complicaciones que pueden aparecer en un paciente con traqueotomía.

Objetivos secundarios:

- Diferenciar los distintos tipos de traqueotomía.
- Poder detectar a tiempo las posibles complicaciones para conseguir seguridad en el cuidado del paciente tanto inmediato como tardío.
- Saber actuar ante posibles situaciones de urgencia, como puede ser obstrucciones, hemorragias o retirada accidental de la cánula.
- Saber diferenciar y conocer los distintos tipos de cánulas de traqueotomía, indicaciones y el material adecuado para realizar los cuidados necesarios tanto en el hospital como posteriormente en la consulta.
- Conseguir mejorar la destreza del TCAE en la cura del estoma y en el cambio de las cánulas, sabiendo diferenciar los tipos de traqueotomía y a la hora de la administración de oxígeno, terapia y aerosoles.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo he realizado una investigación que ha consistido en realizar una investigación sobre la literatura científica referente a este tema. Realizando una búsqueda sistemática tanto de artículos encontrados en las principales bases de datos, como PubMed, Medline y Scielo, libros de medicina, y realizando una selección de artículos procedentes de publicaciones científicas debidamente revisadas.

4 Resultados

Los TCAE, como parte del equipo de enfermería, debe conocer diferentes aspectos de la traqueotomía, como son:

1. Por qué hacer una traqueostomía:

- Para preparar al paciente al que se le va a operar del cuello o de la cabeza y facilitarle la respiración después de la operación.
- Que exista un trauma severo en la zona del cuello o de la cabeza que pueda dificultar la respiración.
- Que el paciente sufra enfermedades que no le dejen respirar bien porque se estrechan las vías por donde pasa el aire. Estas enfermedades pueden ser cáncer o parálisis.
- Que surjan enfermedades que obliguen a utilizar la respiración artificial, por regla general más de dos semanas.
- Que exista un trauma severo en la zona del cuello o de la cabeza que no le permitan al paciente respirar bien por existir una obstrucción.

2. Complicaciones que pueden aparecer después de una traqueostomía:

- Que se acumule la sangre a causa de la intervención quirúrgica en la zona del cuello y que al comprimir la tráquea no permita que pase el aire.
- Que se produzca una mala colocación o que se desplace el tubo de traqueotomía.
- Que se acumule el aire entre la pared torácica y los pulmones, produciéndose un neumotórax, causando gran dolor, problemas respiratorios o incluso colapso pulmonar (atelectasia).
- Que se produzca un daño a la tráquea, a la glándula tiroides o a los nervios del cuello.

3. Complicaciones a largo plazo:

- Que se infeste la zona de la traqueotomía, que aparezca infección en la tráquea o en los bronquios, o que se produzca una pulmonía(infección en los pulmones) dificultando la recuperación.
- Que se produzca una fistula que comunique la tráquea con el esófago que provoque que lo que haya bebido o comido el paciente termine pasando a los pulmones.
- Que se produzca un desplazamiento del tubo de traqueotomía, con el riesgo que esto atañe.
- Que se produzca una obstrucción del tubo de traqueotomía no dejando pasar el aire.

4. Cuidados posoperatorios del paciente traqueostomizado:

- Durante el posoperatorio inmediato, la herida de la traqueotomía deberá mantenerse siempre limpia y seca para así evitar la posibilidad de producirse una infección.
- Se deberá limpiar los alrededores del estoma con una solución salina estéril, evitando en todo momento jabones fuertes, manteniendo en todo momento una técnica limpia con una frecuencia de cada 8 horas(3 veces al día). La limpieza debería extremarse incluso más los días siguientes a la operación.
- Se deberá sujetar las aletas de la cánula al cuello con cintas o vendas flexibles para evitar tirones o enganches.
- Cubriremos el estoma con gasas estériles. No cortaremos las gasas para así evitar que se pueda producir el ingreso de partículas en su interior.
- Las aletas de la cánula deberemos de sujetarlas con dos puntos de sutura para evitar que se mueva.

5. Material necesario para limpiar el estoma:

- Aspirador y sondas para limpiar las secreciones.
- Suero fisiológico o Agua estéril.
- Jeringas de 5 o 10 CC.
- Vaporizador de agua.
- Esparadrapo.
- Gasas.
- Cánulas del modelo y tamaño correctos.
- Pañuelos limpios para mantener protegido el orificio.
- Cepillo adecuado para limpiar las cánulas.

6. Limpieza del estoma:

El estoma lo limpiaremos con suero fisiológico y alguna solución antiséptica, por

ejemplo la clorhexidina, teniendo cuidado para que no se metan restos de gasas en la herida.

Deberemos limpiar con mucho cuidado los alrededores de la herida quirúrgica, como mínimo dos veces diarias, o más si es necesario.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión diremos que los cuidados de la traqueotomía influyen mucho tanto en la recuperación del paciente como en la calidad de vida de este. El papel que realiza el equipo de enfermería (del que forma una parte importante el TCAE) en estos cuidados es fundamental tanto para mejorar la calidad de vida del paciente como para el alcance de su autonomía y recuperación.

Por esto es que es necesaria la formación de los profesionales sanitarios, basándose en evidencia científica, para poder abordar de forma multidisciplinar a este tipo de pacientes y proporcionarles un cuidado óptimo, así como ser conscientes del papel que desempeñan los TCAE en la identificación y el manejo de las complicaciones para proteger la salud del paciente.

6 Bibliografía

1. (S/f).Cáncer.org.
2. Ethus.(s/f).Medicina intensiva. Medintensiva.org.
3. Galindo de Blas B Garrido Miranda J.M, Martínez Tellería A. Manejo de la vía aérea. Formación continuada Logoss, S.L.
4. Cordon Llera F. Intervenciones en UCI sobre las actuaciones de enfermería. Formación continuada Logoss, S.L.

Capítulo 250

REPERCUSIONES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DEL ESTRÉS LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO

MIRIAM POZO SÁNCHEZ

NATALIA FONTELOS GOMEZ

MARIA GEMA TOVAR GARCIA

MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN

YIRSI MARIA YSABEL VALLEJO MOREL

1 Introducción

El estrés laboral en el sector sanitario es una preocupación significativa debido a la naturaleza demandante y emocionalmente intensa de este campo. Se refiere a la respuesta física y emocional negativa que experimentan los profesionales de la salud debido a las presiones y demandas de su trabajo. Esto puede tener un impacto perjudicial en la salud física y mental de los trabajadores y en la calidad de la atención al paciente.

Las causas del estrés laboral en el sector sanitario son variadas e incluyen altas cargas de trabajo, falta de recursos, largas jornadas laborales, toma de decisiones difíciles, exposición a situaciones traumáticas y la presión por brindar atención

de alta calidad. Los síntomas pueden manifestarse como agotamiento, ansiedad, depresión, insomnio y agotamiento emocional.

Para abordar el estrés laboral en el sector sanitario, es fundamental implementar estrategias de gestión del estrés, como programas de apoyo psicológico, capacitación en manejo del estrés, promoción de un equilibrio trabajo-vida personal, y fomento de un entorno de trabajo saludable y de apoyo. La atención a la salud mental de los profesionales de la salud es esencial para garantizar que puedan brindar una atención que sea lo más óptima a sus pacientes y mantener el propio bienestar.

2 Objetivos

Exponer los riesgos de TCAE de sufrir estrés laboral.

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 estrés laboral tiene un impacto significativo en los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en su puesto de trabajo. Estas son algunas de las repercusiones que pueden experimentar:

Impacto en la salud mental: El estrés laboral puede desencadenar problemas de salud mental en los TCAE, como ansiedad y depresión. La exposición constante a situaciones emocionalmente intensas, como el sufrimiento de los pacientes, la carga de trabajo y la toma de decisiones difíciles, puede contribuir a estos problemas.

Aumento del agotamiento: Los TCAE pueden sentirse agotados física y emocionalmente debido a las largas jornadas laborales, la carga de trabajo y la presión constante. Esto puede llevar a un síndrome de agotamiento laboral, conocido

como el "burnout", que afecta negativamente su calidad de vida y su capacidad para brindar atención de calidad.

Errores y disminución del rendimiento: El estrés puede dificultar la concentración y la toma de decisiones, lo que aumenta el riesgo de cometer errores en el trabajo. Esto es especialmente preocupante en entornos de atención médica, donde la precisión es crucial para la seguridad del paciente.

Problemas de salud física: El estrés crónico puede tener efectos físicos adversos, como trastornos del sueño, problemas gastrointestinales y un sistema inmunológico debilitado. Esto puede hacer que los TCAE sean más susceptibles a enfermedades y absentismo laboral.

Dificultades en las relaciones laborales: El estrés puede afectar las relaciones entre colegas y con otros miembros del equipo de salud. La tensión en el trabajo puede contribuir a conflictos y dificultades en la comunicación, lo que perjudica la colaboración y el ambiente laboral.

Para mitigar estas repercusiones, es fundamental que los TCAE cuenten con programas de apoyo emocional y recursos para gestionar el estrés. Esto puede incluir acceso a servicios de consejería, programas de bienestar en el lugar de trabajo, capacitación en manejo del estrés y estrategias para promover un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal. Además, fomentar un ambiente laboral de apoyo y promover la comunicación abierta puede ayudar a reducir el impacto del estrés laboral en los TCAE y mejorar la calidad de atención que brindan a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para reducir el estrés laboral como TCAE, es esencial adoptar estrategias efectivas de autogestión y bienestar. Aquí tienes algunas recomendaciones:

Primero, practica el autocuidado. Dedica tiempo regularmente a actividades que te relajen, como ejercicios de respiración, meditación o yoga. Establece límites claros entre el trabajo y la vida personal para evitar la sobreexposición al estrés laboral.

Segundo, busca apoyo. Comparte tus preocupaciones y experiencias con colegas de confianza o busca ayuda profesional si es necesario. La comunicación abierta puede aliviar la presión.

Tercero, organiza tu carga de trabajo. Prioriza tareas y establece metas realistas. Aprende a decir "no" cuando sea necesario y busca ayuda si te sientes abrumado.

Cuarto, mantén un estilo de vida saludable. Come equilibradamente, haz ejercicio y duerme lo suficiente para fortalecer tu resistencia al estrés.

Quinto, familiarízate con las políticas de salud laboral y recursos de apoyo en tu lugar de trabajo. Conoce tus derechos y cómo acceder a programas de bienestar.

En resumen, reducir el estrés laboral implica un enfoque holístico que abarca desde cuidar tu bienestar físico y emocional hasta buscar apoyo externo cuando sea necesario. Prioriza tu salud mental y encuentra un equilibrio que te permita brindar atención de calidad a tus pacientes mientras cuidas de ti mismo.

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 251

REPERCUSIONES DE LA LUMBALGIA EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MIRIAM POZO SÁNCHEZ

NATALIA FONTELOS GOMEZ

MARIA GEMA TOVAR GARCIA

MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN

YIRSI MARIA YSABEL VALLEJO MOREL

1 Introducción

La lumbalgia es un término utilizado en el sector sanitario para describir un conjunto de síntomas relacionados con el dolor en la región lumbar de la espalda, comúnmente conocida como la zona baja de la espalda o la parte baja de la columna vertebral. Esta condición es una de las quejas más frecuentes en la atención médica y puede afectar a personas de todas las edades.

El dolor de la lumbalgia puede variar en intensidad, desde leve hasta severo, y puede ser agudo (de inicio repentino) o crónico (persistente). Las causas pueden ser diversas, como lesiones musculares, hernias de disco, artritis, malos hábitos posturales, sobrepeso o el envejecimiento natural de la columna vertebral.

Los síntomas típicos incluyen dolor en la parte baja de la espalda que puede irradiar hacia las nalgas o las piernas, rigidez en la espalda, dificultad para moverse o flexionar la columna, y en casos más graves, debilidad muscular o entumecimiento en las piernas.

El diagnóstico y tratamiento de la lumbalgia pueden involucrar evaluaciones médicas, radiografías, resonancias magnéticas o estudios de imagen. El tratamiento puede incluir fisioterapia, medicamentos para el dolor, cambios en el estilo de vida, como la pérdida de peso o ejercicios de fortalecimiento, y en algunos casos, cirugía.

La lumbalgia puede afectar significativamente la calidad de vida de una persona, por lo que es importante buscar atención médica adecuada para determinar la causa subyacente y desarrollar un plan de tratamiento personalizado. El manejo exitoso de la lumbalgia a menudo implica la colaboración entre médicos, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud.

2 Objetivos

Describir las repercusiones de la lumbalgia en el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, así como recomendaciones para un adecuado tratamiento de la misma.

3 Metodología

En esta investigación de revisión bibliográfica 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 lumbalgia, un problema común de dolor de espalda, puede tener importantes repercusiones en el trabajo de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Dado que los TCAE realizan una variedad de tareas físicas en su trabajo diario, la lumbalgia puede afectar su capacidad para desempeñar sus funciones

de manera eficaz y segura. Aquí se detallan algunas de las repercusiones que la lumbalgia puede tener en su desempeño laboral:

Dolor y malestar: El síntoma principal de la lumbalgia es el dolor en la parte baja de la espalda. Este dolor puede ser constante o intermitente y, en ocasiones, intenso. Esto puede dificultar que un TCAE realice tareas que requieran levantar, mover o asistir a pacientes, lo que puede llevar a una disminución de la productividad y el bienestar en el trabajo.

Limitación de movimientos: La lumbalgia puede provocar rigidez y limitación en la movilidad de la espalda. Esto puede hacer que ciertos movimientos requeridos en el trabajo de un TCAE, como agacharse para levantar a un paciente o mover equipos médicos, sean incómodos o dolorosos.

Ausencias laborales: Cuando el dolor de la lumbalgia se vuelve insoportable, un TCAE puede necesitar tomar días libres para recuperarse. Esto puede generar ausencias laborales no planificadas que afectan tanto al empleado como al empleador.

Disminución de la calidad de la atención: La lumbalgia puede distraer la atención del TCAE de sus responsabilidades, lo que podría afectar negativamente la calidad de la atención brindada a los pacientes. La fatiga y el malestar pueden interferir con la capacidad para concentrarse en las tareas.

Riesgo de agravamiento: Si un TCAE continúa trabajando con lumbalgia sin buscar tratamiento adecuado, existe un riesgo de que la condición empeore. Esto podría llevar a una lesión más grave y una recuperación más larga.

Para un buen tratamiento de la lumbalgia en un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), es fundamental seguir estas recomendaciones:

En primer lugar, es esencial buscar atención médica y un diagnóstico preciso. No ignorar el dolor de espalda persistente, ya que podría ser indicativo de un problema subyacente que requiere tratamiento específico.

Una vez se tenga un diagnóstico, seguir las indicaciones y recomendaciones de su médico. Esto puede incluir fisioterapia, ejercicios de fortalecimiento, medicamentos para el dolor o medidas de manejo del estrés. También es importante mantener una buena postura al realizar las tareas laborales y utilizar técnicas de levantamiento adecuadas para reducir la tensión en la espalda.

Además, considerar la posibilidad de realizar ejercicios de estiramiento y fortalecimiento de la espalda en casa para mantener la flexibilidad y la fuerza muscular. El descanso adecuado y la atención a la ergonomía en su entorno laboral también son clave para prevenir el empeoramiento de la lumbalgia.

5 Discusión-Conclusión

Para minimizar estas repercusiones, es fundamental que los TCAE busquen atención médica y sigan un plan de tratamiento adecuado si experimentan lumbalgia. Además, los empleadores pueden implementar prácticas de trabajo seguras y proporcionar capacitación sobre técnicas de manejo de pacientes y levantamiento adecuadas para reducir el riesgo de lesiones en el lugar de trabajo. El bienestar de los empleados es esencial para brindar una atención de calidad a los pacientes, por lo que abordar la lumbalgia de manera proactiva es crucial para todos los involucrados.

Finalmente, no dudar en comunicarse con su empleador si necesita adaptaciones en su puesto de trabajo para acomodar su condición. Una comunicación abierta puede ayudar a garantizar un ambiente laboral más seguro y cómodo mientras se recupera de la lumbalgia.

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 252

REPERCUSIONES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DE LA GASTRITIS

MIRIAM POZO SÁNCHEZ

NATALIA FONTELOS GOMEZ

MARIA GEMA TOVAR GARCIA

MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN

YIRSI MARIA YSABEL VALLEJO MOREL

1 Introducción

La gastritis es una afección médica común que afecta el revestimiento del estómago, conocido como la mucosa gástrica. Se caracteriza por la inflamación de esta mucosa, lo que puede llevar a una variedad de síntomas y complicaciones.

La gastritis puede ser aguda o crónica. La gastritis aguda generalmente es causada por factores temporales, como el consumo excesivo de alcohol, el uso prolongado de medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINEs), infecciones bacterianas o virales, o estrés extremo. Los síntomas típicos de la gastritis aguda incluyen dolor abdominal, náuseas, vómitos y pérdida de apetito. En muchos ca-

sos, estos síntomas son temporales y desaparecen cuando se elimina la causa subyacente.

Por otro lado, la gastritis crónica es una afección a largo plazo que implica una inflamación continua del revestimiento gástrico. Puede ser causada por infecciones crónicas, como la infección por *Helicobacter pylori*, o por factores como el consumo excesivo de alcohol, el reflujo gastroesofágico crónico o trastornos autoinmunitarios. Los síntomas de la gastritis crónica pueden ser similares a los de la gastritis aguda, pero también pueden incluir una sensación de saciedad temprana, pérdida de peso y molestias digestivas persistentes.

El diagnóstico de la gastritis implica la evaluación clínica, endoscopia gástrica, pruebas de laboratorio y biopsias. El tratamiento depende de la causa subyacente y puede incluir cambios en la dieta, medicamentos para reducir la acidez estomacal, antibióticos para tratar infecciones y medidas para reducir factores de riesgo como el consumo de alcohol o AINEs. El manejo exitoso de la gastritis puede ayudar a aliviar los síntomas y prevenir complicaciones a largo plazo, como úlceras gástricas o sangrado gastrointestinal.

2 Objetivos

Exponer cómo puede repercutir la gastritis crónica en el TCAE.

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 gastritis crónica puede tener repercusiones significativas en el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en su entorno laboral y personal. Estas repercusiones están relacionadas principalmente con los síntomas y las limitaciones que la gastritis crónica puede imponer. Aquí se describen algunas de las repercusiones más comunes:

Dolor y malestar: Los TCAE con gastritis crónica pueden experimentar dolor abdominal, acidez estomacal y malestar general, lo que puede afectar su capacidad para realizar tareas físicas y mantener la concentración en el trabajo.

Absentismo laboral: Los síntomas de la gastritis crónica, como los episodios de dolor o malestar estomacal, pueden llevar a un aumento en el absentismo laboral. Esto puede generar dificultades en la continuidad de la atención al paciente y requerir redistribución de tareas.

Riesgo de deshidratación: Los vómitos y la pérdida de apetito asociados con la gastritis crónica pueden aumentar el riesgo de deshidratación. Un TCAE deshidratado puede experimentar fatiga, debilidad y dificultades para realizar sus tareas de manera eficiente.

Dificultades alimenticias: Los cambios en la dieta recomendados para el manejo de la gastritis crónica pueden afectar la ingesta de alimentos durante el trabajo. Esto puede requerir una planificación cuidadosa de las comidas y ajustes en el lugar de trabajo para garantizar que el TCAE pueda mantenerse bien alimentado.

Estrés emocional: La gastritis crónica y sus síntomas pueden causar estrés emocional, ansiedad y preocupación en los TCAE. Esto puede tener un impacto en su bienestar psicológico y su capacidad para manejar situaciones estresantes en el trabajo.

Interferencia con las tareas laborales: La gastritis crónica puede afectar la concentración y la energía, lo que podría interferir con la realización de tareas laborales que requieran un alto grado de atención y precisión.

Para abordar estas repercusiones, es importante que los TCAE con gastritis crónica sigan un plan de tratamiento adecuado bajo la supervisión de un profesional de la salud. Esto puede incluir medicamentos para reducir la acidez estomacal, cambios en la dieta, control del estrés y seguimiento médico regular. Además, es fundamental comunicarse con los supervisores y colegas en el trabajo para informar sobre la condición y solicitar ajustes razonables si es necesario, como pausas para comidas o cambios en la asignación de tareas. La gestión adecuada de la gastritis crónica puede ayudar a los TCAE a mantener su bienestar y rendimiento en el entorno laboral.

5 Discusión-Conclusión

Para un TCAE con gastritis, es fundamental seguir el tratamiento médico recomendado y tomar medidas para minimizar el impacto en el lugar de trabajo. Aquí hay algunas recomendaciones:

Adherencia al tratamiento: Cumple rigurosamente con el tratamiento médico prescrito por tu profesional de salud, que podría incluir medicamentos para reducir la acidez estomacal. Asegúrate de tomarlos según las indicaciones y programar las dosis de manera que interfieran lo menos posible con tu horario laboral.

Planificación de las comidas: Mantén una dieta equilibrada y evita alimentos que puedan desencadenar síntomas de gastritis, como alimentos picantes o grasos. Planifica tus comidas de manera que puedas comer con regularidad y no te veas afectado por ayunos prolongados durante tu jornada laboral.

Hidratación constante: Bebe agua regularmente para mantenerte bien hidratado, especialmente si experimentas vómitos o pérdida de líquidos debido a la gastritis.

Comunicación con el empleador: Habla con tu supervisor o departamento de recursos humanos sobre tu condición. Explícales tus necesidades y los posibles ajustes que podrían facilitarte el cumplimiento de tus tareas, como pausas para comer o descansos breves si es necesario.

Manejo del estrés: El estrés puede exacerbar los síntomas de la gastritis. Aprende técnicas de manejo del estrés, como la meditación o la respiración profunda, para reducir el impacto emocional en tu trabajo.

Ergonomía laboral: Si tu trabajo implica levantar objetos pesados o realizar movimientos incómodos, asegúrate de utilizar la técnica adecuada y solicita ayuda si es necesario. Mantén una postura ergonómica durante tus tareas para evitar tensiones innecesarias.

Comunicación abierta: Mantén una comunicación abierta con tus compañeros de trabajo y supervisor. Si experimentas un episodio de gastritis en el trabajo, comunícalo para que puedas recibir apoyo si es necesario.

Recuerda que la gestión efectiva de la gastritis es esencial para mantener tu bienestar en el trabajo. Trabaja en colaboración con tu equipo de atención médica y tu empleador para asegurarte de que puedas desempeñar tus funciones laborales de manera óptima mientras cuidas tu salud.

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 253

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL SONDAJE VESICAL

GLORIA SÁEZ PARDO

ADYS ARVELO DEL RÍO

ALEJANDRA NAVA CARRASCO

AMADA HERNANDEZ LORENZO

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica que se considera invasiva, consiste en la inserción de una sonda a través de la uretra hasta llegar a la vejiga, cuya función y finalidad es la de drenar la orina al exterior cuando sea estrictamente necesario.

Los sondajes vesicales son realizados en los siguientes casos:

- Casos de incontinencia urinaria y/o de retención urinaria.
- Recogida sin contaminación de muestras estériles para el correcto análisis en el laboratorio hospitalario.
- Operaciones quirúrgicas de próstata o de los genitales.
- Patologías como las lesiones en la médula espinal, esclerosis múltiple, demencia, senilidad, parálisis, etc.

- La administración de fármacos y medicamentos con fines terapéuticos y de diagnóstico.
- Para la evacuación de la vejiga antes y después de una intervención quirúrgica.
- Para la realización de lavados vesicales.
- En la realización de balances de líquidos y seguimiento hídrico.

Hay patologías en las que el sondaje vesical no está permitido, como por deformaciones anatómicas del tracto urinario y cuando existe una sospecha de posible rotura uretral. La mayor preocupación en un sondaje vesical es la infección nosocomial, es la desventaja más frecuente de esta práctica sanitaria.

Cuando el paciente que necesite ser sondado sea un sexo masculino, es preferible un colector a una sonda vesical pero la inserción de este dependerá de la patología y del resultado que se necesite.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste el procedimiento de inserción de sonda vesical.
- Desarrollar las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería en la inserción, mantenimiento y retirada de un catéter de tipo vesical.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 EAUN (asociación europea de enfermería urológica), hay tres técnicas de inserción del sondaje:

- Técnica estéril: se realizaría con todo el campo esterilizado, tanto paño, sonda y personal que vaya a colaborar con bata, mascarilla y guantes estériles.
- Técnica aséptica: el catéter, el paño y los guantes son estériles.
- Técnica limpia: si la aséptica no es posible, el catéter será estéril, pero no son necesarios los guantes, sólo el lavado higiénico de manos.

Hay multitud de tipos de sonda, se seleccionarán dependiendo del calibre, necesidad, estado del paciente...

Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) para que el profesional de enfermería inserte un sondaje son:

Preparación del material necesario:

- Sonda vesical estéril del tipo calibre que le soliciten.
- Guantes estériles para el personal de enfermería.
- Gasas y compresas estériles.
- Solución antiséptica para desinfectar la piel y las mucosas.
- Lubricante acuoso.
- Bolsa colectora de orina y soporte para su anclaje.
- Suero fisiológico.
- Jeringas.

Procedimiento:

- Informar al paciente sobre el procedimiento, proporcionando intimidad.
- Colocar al paciente en decúbito supino con las rodillas un poco flexionadas y los muslos separados.
- Lavado higiénico de las manos y colocación de guantes.
- El TCAE realizará la higiene genital del paciente, el personal de enfermería se pondrá los guantes estériles y lubricará el meato, cogerá la sonda que le proporcione el TCAE (este solo tocará el envoltorio), y la introducirá en la vejiga, llenará el balón con agua destilada y fijará la sonda con un apósito en el muslo para evitar tirones que puedan causar heridas al paciente.

Mantenimiento de la sonda:

- Lavado de las siempre antes de manipularla.
- Lavar con agua y jabón neutro el meato urinario de manera cuidadosa, secando posteriormente.
- Anotación de la cantidad de orina vaciada de bolsa colectora, cambiando dicha bolsa cuando fuera necesario.

5 Discusión-Conclusión

El cateterismo vesical es una técnica muy usual y frecuente en los centros hospitalarios, efectuada por el personal de enfermería junto al técnico en cuidados auxiliares de enfermería, por lo que ambos profesionales sanitarios deber tener los suficientes conocimientos para realizar un sondaje con la técnica adecuada y de manera más aséptica posible para intentar evitar complicaciones e infecciones en el tracto uretral.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es el profesional que se encargará de colocar el material que se necesite y de la realización de la higiene del paciente antes y después de la práctica, para prevenir infecciones.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. Función del TCAE en la colocación de una sonda vesical [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/actuacion-tcae-sondaje-vesical/>.
2. ▷ El Sondaje Vesical [Internet]. Blogspot.com. [citado el 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com/2010/09/el-sondaje-vesical.html>.
3. Muñoz Mendoza CL, Sanjuán Quiles Á, Cabañero Martínez MJ. Sondaje vesical. En: Manual Práctico de Enfermería Comunitaria. Elsevier; 2014. p. 630–2.

Capítulo 254

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

GLORIA SÁEZ PARDO

ADYS ARVELO DEL RÍO

ALEJANDRA NAVA CARRASCO

AMADA HERNANDEZ LORENZO

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

1 Introducción

El endoscopio es tubo hueco, flexible y articulado que tiene un sistema óptico en su interior mediante el cual visualizamos las imágenes en la torre de endoscopias a través de un monitor. En este capítulo vamos a hablar del papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los servicios especiales, concretamente en el bloque digestivo. La panendoscopia oral consiste en el examen del esófago, estómago y duodeno mientras el gastroscopio introduciéndolo en la boca, permitiendo la visión de todo tipo de lesiones del tubo digestivo como por ejemplo tumores, gastritis, úlceras, esofagitis, etc. La panendoscopia también permite la toma de biopsias y ciertos procedimientos terapéuticos como la gastrostomía endoscópica percutánea, que consiste en la colocación de un flexible tubo a través de la pared abdominal hasta el estómago. En cambio, la colonoscopia está indicada para explorar el intestino grueso y algunos cm del delgado. Hoy en día uno de los usos de la colonoscopia es la prevención del cáncer de

colón, aunque no es el único uso que vamos a mencionar, como por ejemplo la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, la ecoendoscopia. La rentabilidad de la endoscopia es mayor que otra exploración, ya que con el endoscopio podemos ver directamente las lesiones.

2 Objetivos

- Conocer el trabajo que desempeña el auxiliar de enfermería en la unidad de endoscopia digestivo.
- Exponer cómo se desinfecta el fonendoscopio y el gastroscopio y el papel que tiene el técnico de cuidados auxiliares de enfermería en ello.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación y búsqueda de diferentes trabajos científicos vinculados con el tema escogido, Los delitos relacionados con la bioética sanitaria. Se han utilizado bases de datos científicas como Scielo, Google Scholar o PubMed. Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son: artículos anteriores al año 2015 y de idioma distinto al castellano.

4 Resultados

Antes del inicio de la exploración, el auxiliar debe conocer si se va a realizar una colonoscopia o catoptroscopia para preparar el endoscopio adecuado. El auxiliar de enfermería debe de conocer como conectar el endoscopio a la torre de trabajo. Debemos comprobar su correcto funcionamiento. Debemos facilitar al facultativo y a enfermería todo el material que se nos demande.

El auxiliar de enfermería en la unidad de endoscopias digestiva se encargan de la preparación de la sala antes del inicio de las exploraciones:

Debe preparar la mesa de trabajo donde se preparara:

- un paño azul de carácter absorbible.
- un bote donde ponga “agua” con rotulador y lleve agua destilada, se utiliza para comprobar el aire y la aspiración del endoscopio antes de iniciar la exploración.
- un bote con agua destilada y líquido enzimático diluido al 10%, se utiliza para aspirar una vez finalizada la exploración para asegurarnos que el endoscopio quede

limpio por dentro y se mate la materia orgánica. Posteriormente, se limpiará el endoscopio en la sala de lavadoras.

-jeringas de 50 cc de cono estrecho.

-gasas no estériles.

-lubricante.

-botes de biopsia.

-un rotulador.

Revisaremos que funcione el sistema de aspiración, el sistema de oxígeno, etc.

Vestiremos la camilla donde pondremos una sabana, otra para cubrir al paciente y proporcionarle su intimidad, empapador.

En la zona de la lavadora prepararemos el siguiente material:

En los fregaderos prepararemos un recipiente con agua y un desinfectante de alto nivel, como por ejemplo el “ Rely+On Perasafe” . Y un empapador. A continuación encenderemos las lavadoras y colocaremos las conexiones adecuadas para lavar los endoscopios, programaremos el ciclo de autodesinfección que dura mas o menos unos 60 min para dejarlas a punto.

Para la limpieza del endoscopio cuando se termine la exploración:

- En la sala de trabajo cogeremos el endoscopio utilizando la técnica del doble guante y limpiaremos el tubo de inserción por fuera con unas compresas y líquido desinfectante. Después aspiraremos con el endoscopio el agua diluida y el enzimático que habíamos preparado previamente y nos quitaremos un guante que será la mano limpia para posteriormente procederemos a apagar la torre endoscópica y desconectar el agua del endoscopio, el sistema de aspiración, el aire y el endoscopio tapando adecuadamente la fuente de alimentación de este.

- Pasamos a las lavadoras, donde nos encargaremos de lavar el endoscopio en el fregadero bajo el chorro del agua, retiraremos todas las válvulas y con una esponja de clorhexidina limpiaremos el endoscopio por fuera, esta será desechada posteriormente. Cepillaremos bajo el chorro del agua todos los canales con un cepillo específico asegurándonos siempre:

- El extremo del cepillo al introducirlo por el canal de trabajo salga por el extremo distal de trabajo.

- El extremo del cepillo al introducirlo por el canal de aspiración salga por la válvula de succión.

- El extremo del cepillo al introducirlo por el canal de aspiración salga por extremo distal del trabajo.

-Pasamos el cepillo por todos los huecos.

Posteriormente, se inyecta por el canal de trabajo con una jeringa de 50 cc el agua del recipiente situado con anterioridad en la zona del fregadero.

Se introduce el endoscopio en la lavadora y las válvulas, programamos el ciclo, dependiendo si hay sospecha de enfermedad infecciosa o no. Debemos de tener extremo cuidado con la correcta conexión del endoscopio, si hay un error la lavadora emitirá un sonido de alarma donde interrumpe el ciclo. Cuando la lavadora termine secamos todos los canales con aire comprimido de grado médico. Colocamos las válvulas y almacenamos correctamente el endoscopio. Una vez finalizada toda la actividad en la sala y estando los endoscopios limpios, desinfectado y guardados, con todo repuesto para el turno siguiente, se procede al llevar las muestras obtenidas al laboratorio de anatomía patológica.

5 Discusión-Conclusión

Con la elaboración de este capítulo queremos destacar el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, ya que estamos presentes durante la realización de las pruebas. El técnico de cuidados auxiliares de enfermería se encarga de asistir al enfermero y al médico. En la unidad de endoscopia digestiva se trabaja en equipo y es muy importante. Además, también nos encargamos de la limpieza y desinfección de los endoscopios, también transportamos las biopsias al laboratorio. El técnico en cuidados auxiliares en enfermería es imprescindible en muchos de los distintos servicios de las instituciones sanitarias. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería está presente en todos los procedimientos que se realiza con el endoscopio, como por ejemplo en la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. 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 255

CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

GLORIA SÁEZ PARDO

ADYS ARVELO DEL RÍO

ALEJANDRA NAVA CARRASCO

AMADA HERNANDEZ LORENZO

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

1 Introducción

En los centros de atención primaria tienen varias unidades que varían desde enfermería para curas, odontología, pediatría, fisioterapia, urgencias y en algunos se hacen visitas a domicilio. Las estaciones y recogidas de muestras biológicas se realizan por la mañana a primera hora.

Los pacientes que visitan la atención primaria son pacientes que solo estarán un tiempo limitado y sus patologías no suelen entrañar riesgos graves, si los hubiera se derivarán al centro hospitalario más próximo, ya que los centros de atención primaria no están dotados para la atención de especialidades, aunque si tienen urgencias.

Acuden con cita previa a las consultas y extracciones y a demanda a la unidad de urgencias.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en atención primaria tiene funciones muy variadas, tanto como las unidades con las que cuenta el centro, ya que asiste tanto a médicos como enfermeras, además de realizar tareas específicas.

En los centros de atención primaria la atención al paciente es puntual y sin estancias, además es un centro que atiende a los pacientes próximos a su localización, las consultas suelen durar 5 minutos aproximadamente de media a excepción de las salas de curas y de odontología que se pueden extender en el tiempo.

2 Objetivos

- Exponer las funciones del tejido auxiliar de enfermería en un centro de atención primaria.
- Explicar el funcionamiento del propio centro de salud.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos recopilados formación a través con publicaciones científicos sanitarios a través de Google Académico, iba a ser de datos como PubMed.

Además, contamos con nuestra experiencia laboral en el sistema sanitario de Castilla La Mancha, SESCOG.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares enfermería realiza tareas de apoyo y tareas específicas en los centros de atención primaria como puedes ser:

A primera hora se realizan las extracciones y recogidas de muestras sanguíneas orina y heces. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado de preparar los listados de los pacientes que acuden a la extracción, ordenando su entrada y los tubos de muestras correspondientes, junto con las etiquetas que especifican el tipo de prueba que se pide, serología, bioquímica, coagulación...

A recoger las muestras que traen los pacientes para enviar al laboratorio debe ser muy minucioso, ya que cualquier error puede ocasionar la pérdida de la misma. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería también se encarga de notificar cualquier incidencia o reclamación mediante correos electrónicos al laboratorio,

almacén o farmacia.

Entre sus funciones también se encuentran la de reponer el material y comprobar las fechas de caducidad, así como el buen estado del material e instrumental que se utilizara en consultas, urgencias, enfermería y medicina.

Controlando el stock disponible en el almacén para reposición del centro y realizando los pedidos que sean.

Proporciona el material a los pacientes diabéticos, que son la alimentación, etc. Previamente pautado por el facultativo o por indicaciones de la enfermedad graduada.

Colabora con el equipo de enfermería y medicina en momentos de urgencias y emergencias, (suturas, síncope, infartos, etcétera).

El técnico cuida los auxiliares de enfermería es el encargado de limpiar y desinfectar el instrumental de curas y de Odontología.

En las unidades de especialidades como la de fisioterapia gestiona la agenda atendiendo a la urgencia o tratamiento pautado, y gestiona la consulta.

En la unidad de Odontología también asiste a los odontólogos o higienista así como desinfecta el instrumental y la consulta.

En los centros de atención primaria donde se realizan visitas a domicilio el técnico en cuidados auxiliares de enfermería acompaña al médico o enfermedad graduada y los asiste en lo que necesiten. También ayuda y enseña a los familiares de los pacientes dependientes a realizar el baño, alimentación, etcétera.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los centros de atención primaria son muy dinámicas, ya que coexisten en varias unidades en un espacio muy reducido.

Por lo tanto, de ver a asistencia tanto a médicos de cabecera, pediatras, a las enfermeras en la sala de curas, odontólogos, extracciones y recogidas de muestras, etc.

Además, es el responsable de cuidar que todo el material esté en perfectas condiciones y de su limpieza, la comprobación del stock en el almacén y control fechas de caducidad.

También debe reponer material e instrumental en las salas de curas, sala de odontológica, etc.

Para atención a los pacientes dependientes con visitas a domicilio acompañando a los médicos enfermeras.

6 Bibliografía

1. <https://enfermeria.top/apuntes/tcae/actividades-tcae-atencion-primaria/>
2. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2605073021000407>
3. <http://dspace.umh.es/handle/11000/27344>

Capítulo 256

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA FARMACIA HOSPITALARIA

ANTONIA MAESTRE GONZÁLEZ

ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ

AQUILINA CERDAN JIMENEZ

CORAL RAMÍREZ MORA

JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN

1 Introducción

El servicio de Farmacia Hospitalaria es el servicio de atención médica para pacientes tanto ingresados como ambulatorios donde se llevará a cabo preparar, combinar, almacenar, elegir, dispensar, etc... medicamentos y productos sanitarios. El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) de la farmacia hospitalaria juega un papel fundamental en este servicio.

La farmacia hospitalaria está compuesta por un grupo de profesionales interdisciplinar, limpiadoras, celadores, TCAEs, técnicos de farmacia, enfermeros, farmacéuticos, administrativos y supervisor que siempre van a trabajar entorno a las directrices de la atención de los médicos. El equipo de personas de la farmacia hospitalaria va a trabajar siempre unido, no se concibe que salga adelante el trabajo de este servicio si no se hace de esta manera. Realiza labores de gestión de medicamentos como son recepción, preparación, conservación y dispensación.

El equipo multidisciplinar del servicio de Farmacia hospitalaria lo que pretende es contribuir a la mejora de la calidad de asistencia que se le proporciona al paciente tanto ingresado como ambulatorio.

En este servicio se realizarán todas las actividades necesarias para conseguir una correcta distribución de los medicamentos en el hospital. Todo se llevará a cabo con un protocolo de actuación en el que contribuyen todos los trabajadores de este servicio.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo de investigación es saber el funcionamiento tan preciso, complicado y exhaustivo de la farmacia hospitalaria, servicio muy desconocido y las funciones del TCAE en el mismo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El trabajo del TCAE en la farmacia de un hospital se puede definir como esencial, primordial en este servicio y de alta calidad.

Se han establecido cinco indicadores y según el número que asignen a cada auxiliar de enfermería tendrá unos objetivos que realizar: proceso de almacenamiento y dispensación medicamentos para las plantas y a pacientes externos , revisión de error de llenado de carros unidosis, etc. y muchas tareas más.

Primero , es reponer todos los medicamentos de la unidosis de los cuales luego se respondan los carros unidosis que se van a subir a planta para los pacientes ingresados.

Segundo, cada TCAE tiene un cometido que desarrollar en el servicio, siempre siguiendo las directrices de su supervisor u otros superiores como:

- Preparar todo el material necesario en la Campana para que los enfermeros puedan elaborar los medicamentos citostáticos.

- Preparar los pedidos tanto de las plantas que cuentan con un stock máximo y mínimo de medicamentos como para las consultas externas del hospital y luego repartirlos por los distintos servicios .
- Preparar y reponer los Pyxis de los servicios de urgencias, unidad de cuidados intensivos (UCI), quirófanos, quirófanos ambulatorios.
- Realizar el llenado de carros unidosis para las plantas y luego proceder a la lectura y comprobación con los enfermeros para comprobar si esta exacto el carro con la medicación que se ha prescrito a cada paciente.
- Hacer inventario de los medicamentos que hay en la farmacia hospitalaria.
- Comprobar las caducidades de todos los medicamentos.
- Elaborar en el laboratorio las fórmulas magistrales que prescriben los facultativos.
- Recepción de pedidos, etc.

Estas y algunas más como preparar pedidos para ambulatorios pactados son las funciones que desempeña el TCAE en el servicio de farmacia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es imprescindible y fundamental para el servicio de farmacia hospitalaria y siempre de alta calidad. Siempre adaptándose a las nuevas tecnologías. Basándonos tanto en lo investigado como en la experiencia profesional llegó a la conclusión de que el trabajo que realizará el Técnico auxiliar en cuidados de enfermería, TCAE, en el servicio farmacia hospitalaria va a ser totalmente metódico, exhaustivo, estricto en las múltiples funciones que desempeña y por supuesto en equipo, no se concibe toda manera de trabajar para que este servicio para que el trabajo salga adelante, siempre bajo la atención médica y bajo la supervisión de nuestros compañeros y superiores como puede ser el supervisor, médicos, farmacéutico, enfermero, administrativos, celadores, etc.

6 Bibliografía

1. ORDEN de 12 de enero de 2015, del Consejero del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se crea la categoría estatutaria de Técnico Auxiliar de Farmacia en el ámbito de los Centros Sanitarios del Servicio Aragonés de Salud. BOA nº17, pp 1952-1956.

Capítulo 257

SALUD MENTAL EN EL CUIDADO INTEGRAL

ANA ISABEL GARCÍA GONZÁLEZ

MARTA CANEL FERNÁNDEZ

1 Introducción

En un mundo cada vez más acelerado y demandante, la salud mental se ha convertido en un tesoro invaluable que a menudo subestimamos. La salud mental tiene una crucial importancia en el cuidado integral de cada individuo. A medida que avanzamos en este siglo, hemos presenciado un cambio fundamental en la percepción de la salud: ya no se trata simplemente de la ausencia de enfermedad física, sino de un estado completo de bienestar físico, mental y emocional.

La salud mental es un componente esencial de la calidad de vida, y su influencia se extiende a todas las áreas de nuestra existencia: nuestras relaciones, nuestro trabajo, nuestras decisiones y nuestra capacidad para enfrentar los desafíos de la vida.

Exploraremos las complejas interacciones entre la mente y el cuerpo, y cómo la salud mental puede afectar directamente nuestra salud física. Aprenderemos sobre la importancia de reconocer y abordar los problemas de salud mental de manera temprana, así como las estrategias y recursos disponibles para promover y mantener un estado mental saludable.

En última instancia, este trabajo tiene como objetivo inspirar a los lectores a priorizar su propia salud mental y a comprender que cuidar de ella no es un lujo,

sino una necesidad fundamental para una vida plena y satisfactoria. A lo largo de las páginas que siguen, exploraremos juntos las claves para una salud mental sólida y cómo puede contribuir al cuidado integral de cada individuo.

2 Objetivos

- Describir aspectos que deben tenerse en cuenta para medir el bienestar emocional.

3 Metodología

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

4 Resultados

Al evaluar la salud mental en el contexto del cuidado integral, existen varios resultados clave que deben tenerse en cuenta para medir el bienestar emocional y psicológico de un individuo. Estos resultados son indicadores importantes de la salud mental y pueden incluir:

1. Bienestar emocional:

Esto implica evaluar la capacidad de una persona para experimentar emociones positivas y negativas de manera equilibrada. Se trata de sentirse en general contento, satisfecho y en paz consigo mismo.

2. Resiliencia:

La resiliencia se refiere a la capacidad de una persona para enfrentar el estrés, las adversidades y los cambios con adaptabilidad y recuperación. Una buena salud mental implica una mayor capacidad de recuperación frente a los desafíos.

3. Calidad de las relaciones interpersonales:

La salud mental se refleja en la calidad de las relaciones que una persona

mantiene con familiares, amigos y seres queridos. Las relaciones satisfactorias y saludables son un indicador importante de bienestar emocional.

4. Manejo del estrés:

La capacidad de manejar el estrés de manera efectiva es crucial. Una buena salud mental implica técnicas de afrontamiento positivas y la capacidad de reducir los efectos negativos del estrés en la vida diaria.

5. Autoestima y autoimagen positiva:

Una autoevaluación positiva y una imagen corporal saludable son componentes esenciales de la salud mental. Sentirse bien consigo mismo y aceptarse es fundamental.

6. Funcionamiento diario:

La capacidad de llevar a cabo las actividades diarias de manera efectiva, como el trabajo, el estudio y las responsabilidades cotidianas, es un indicador de un buen estado mental.

7. Ausencia de síntomas graves:

La ausencia de síntomas graves de trastornos mentales, como la depresión severa o la ansiedad extrema, es un indicador importante de la salud mental.

8. Participación en la toma de decisiones sobre la propia atención:

La capacidad de una persona para participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con su salud mental y el acceso a tratamientos y apoyo adecuados es esencial en el cuidado integral.

5 Discusión-Conclusión

Según mi punto de vista, si una persona no posee un equilibrio sustancial entre su salud física y la mental no se puede afirmar que se encuentra realmente sana. La salud mental debería estar considerada como algo fundamental e importante para considerar que un individuo posee un grado general de salud aceptable. Es primordial poner el foco en la salud mental de la población de hoy en día porque, tratados a tiempo, males menores no se magnifican, se estancan y remiten, no evolucionan. Esto derivaría en una menor incidencia de trastornos mentales graves y supone un ahorro económico en sanidad bastante notorio.

En resumen, la salud mental en el cuidado integral consiste en garantizar que las personas disfruten de una buena calidad de vida emocional y psicológica, lo que a su vez contribuye a su bienestar general y a una vida plena y satisfactoria. Esto se logra a través de la promoción de la conciencia, la prevención, la atención y el apoyo continuo para aquellos que enfrentan desafíos relacionados con su salud mental.

6 Bibliografía

- 1.“La mente en positivo:la ciencia de la felicidad” de Luis Rojas.
- 2.“ Inteligencia emocional” de Daniel Goleman <https://lamenteesmaravillosa.com/autocuidado-salud-mental>
<https://psicologiaavanzada.es/cuidando-la-mente-la-importancia-de-la-salud-mental-en-nuestra-vida-diaria>
<https://unric.org/es/la-importancia-de-la-salud-mental>.

Capítulo 258

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON QUEMADURAS

MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ

MIRIAN CALERO MORENO

MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS

MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE

NICOLETA TALPA

1 Introducción

La incidencia de las quemaduras ha disminuido ligeramente en los últimos años, pero las lesiones producidas por quemaduras aún son demasiado frecuentes y se ha apreciado que cada año se producen 3.400 fallecimientos por fuego y quemaduras. En este capítulo vamos a estudiar los tipos de quemaduras y los cuidados por parte del TCAE que debe recibir el paciente que presenta quemaduras en alguna parte de su cuerpo.

Cerca de 45.000 pacientes requieren tratamiento médico u hospitalización por lesiones producidas por quemaduras. Las quemaduras suelen ser causadas por

el calor, la sobreexposición al sol o a otra radiación, o el contacto con productos químicos o la electricidad. Las quemaduras pueden ser problemas médicos menores o alcanzar emergencias de gran gravedad.

El tratamiento de las quemaduras depende de la ubicación y de la gravedad de la lesión. En condiciones normales, las quemaduras pequeñas y las quemaduras solares pueden ser tratadas en el hogar, mientras que las quemaduras profundas o extendidas requieren atención médica inmediata. Algunos pacientes llegan a necesitar tratamiento en centros especializados en quemaduras y meses de tratamiento médico.

A lo largo de este capítulo conoceremos los tipos y las clasificaciones de quemaduras que pueden presentar los pacientes para después prestar la atención sanitaria necesaria.

2 Objetivos

- Conocer los tipos y el grado de quemaduras que pueden presentar los pacientes que acuden al centro hospitalario para recibir atención médica.
- Exponer los tratamientos de las quemaduras en función de su gravedad para reducir evitar efectos indeseables en los pacientes.
- Explicar las funciones del TCAE ante pacientes quemados para garantizar una atención integral.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en libros, revistas y artículos. Esta búsqueda sistemática de información se ha realizado usando recursos y páginas web como es Pubmed, Cuiden, Google Scholar o Medline, revisando y seleccionando artículos científicos revisados. Los descriptores utilizados son: UCIP, TCAE, Función, Desempeño, Crítico.

4 Resultados

La piel es uno de los órganos más grande de nuestro cuerpo y desempeña muchas funciones. Compone una barrera protectora frente a las agresiones físicas y los microorganismos, ejerce un papel clave en el control de la termorregulación, en la prevención de la pérdida de líquidos, en la síntesis de vitamina D y en el contacto con el entorno a través de la sensibilidad.

La piel presenta dos capas principales, la epidermis (capa más externa) y la dermis (capa más interna).

Las quemaduras que dan lugar a una pérdida parcial o completa de la piel pueden causar alteraciones locales y sistémicas, como hipotermia, pérdida intensa de líquidos, infección y cambios en la imagen corporal.

Las quemaduras se clasifican según su causa y en función en:

- **Quemaduras térmicas:** se deben al contacto con llamas, los líquidos y objetos sólidos calientes, y el vapor. Estos elementos causan lesiones celulares a través de la necrosis por coagulación. Cuanto mayor es el tiempo de contacto de la piel con estas sustancias calientes, mayor es la profundidad de la herida. Los líquidos, como el aceite de cocina, tienen puntos de ebullición más elevados, lo que provoca quemaduras más profundas que las quemaduras con agua u otros líquidos. Las quemaduras producidas por el contacto con objetos calientes, como el metal, el plástico, el vidrio o la piedra, son consideradas quemaduras térmicas.
- **Quemaduras químicas:** dañan el tejido y siguen provocando lesiones hasta un período de 72 h, a menos que sean neutralizadas. Las quemaduras químicas están producidas por ácidos fuertes, productos alcalinos y compuestos orgánicos. Los ácidos, como los utilizados para eliminar el moho y para limpiar los baños, provocan necrosis de las proteínas, esto produce las lesiones menos extensas. Los alcalinos, utilizados para limpiar los hornos o los fertilizantes, producen quemaduras profundas debido a que provocan necrosis, puesto que el producto químico se introduce a una profundidad mayor en los tejidos. La gasolina y los desinfectantes químicos son los compuestos orgánicos que producen quemaduras químicas. Estos pueden dar lugar a la aparición de una gruesa capa de tejido necrótico que se denomina escara.
- **Quemaduras eléctricas:** encontramos las quemaduras de bajo voltaje (inferior a 1.000 voltios) y alto voltaje (1.000 voltios o más). Las lesiones eléctricas pueden provocar el fallecimiento del paciente debido a que pueden provocar una parálisis de los músculos respiratorios o una fibrilación ventricular. La intensidad de la lesión de la quemadura eléctrica puede parecer pequeña en los momentos iniciales debido a que el paciente puede mostrar exclusivamente pequeñas heridas de entrada y salida. Sin embargo, al cabo de varios días se puede producir una lesión tisular muy importante. Este fenómeno se ha llamado iceberg dado que la piel muestra una lesión muy reducida en su superficie mientras que en la profundidad presenta una lesión de carácter intenso.
- **Quemaduras por radiación:** la exposición de la luz solar, las lámparas de bronceado, los rayos X o las emisiones o explosiones nucleares suelen ser las causas que producen quemaduras de este tipo. La radiación ionizante puede producir

una lesión tisular directamente al actuar sobre una molécula vital como el ácido desoxirribonucleico (ADN). La quemadura solar suele ser de primer grado, pero la radioterapia puede causar quemaduras de gran intensidad.

- Quemaduras por humo e inhalación: pueden relacionarse con las quemaduras térmicas o químicas. Cuando un paciente muestra quemaduras térmicas, siempre hay que valorar la posibilidad de presentar quemaduras por inhalación como quemaduras faciales, ronquera, hollín en la nariz o en la boca, edema en los labios y quemado de las cejas o de los pelos de la nariz. El paciente debe ser tratado rápidamente mediante intubación endotraqueal, broncoscopia y determinación de las concentraciones de la carboxihemoglobina.

- Congelación: la exposición a temperaturas muy bajas puede causar una lesión tisular temporal o permanente. Puede afectar a cualquier zona del cuerpo que esté expuesta a temperaturas muy bajas. Las áreas corporales afectadas con mayor frecuencia son los dedos de las manos y los pies, la barbilla, los lóbulos de las orejas, las mejillas y la nariz. La congelación puede producir necrosis celular, gangrena, hipotermia y parada cardíaca. El tratamiento de la congelación es distinto al de otras quemaduras, aunque algunos pacientes son tratados como si hubieran sufrido quemaduras

Las quemaduras también se clasifican en función de la profundidad de la lesión. Antiguamente, las lesiones por quemadura se clasificaban en los grupos de primero, segundo, tercer y “ocasionalmente” cuarto grado. Sin embargo, en los últimos años la ABA (American Burn Association) ha recomendado una clasificación más precisa de las quemaduras en función de la profundidad de la lesión tisular. Así encontramos:

- Las quemaduras superficiales causadas por el sol simplemente lesionan la epidermis. Estas quemaduras de primer grado dan lugar a inflamación, blanqueamiento de la piel con la compresión y dolor y edema leves; no aparecen ampollas ni vejigas, a pesar de ello, al cabo de 24 h la piel puede desprenderse. Los síntomas son sensibilidad, dolor leve y hormigueos. Normalmente, la mejoría tiene lugar al cabo de 3-6 días.

- Las quemaduras de grosor parcial causadas por productos químicos, llamas o líquidos calientes lesionan la epidermis y parte de la dermis. Estas son consideradas quemaduras de segundo grado y dan lugar a la aparición de vejigas rellenas de líquido. Los síntomas son hinchazón, hiperestesia, dolor secundario a la lesión de los nervios y aumento de la sensibilidad frente al aire frío. La curación tiene lugar habitualmente a los 10-21 días en las quemaduras que solamente afectan aparte de la dermis y a las 2-6 semanas en el caso de las quemaduras que afectan a la mayor parte de la dermis.

- Las quemaduras de grosor completo pueden alcanzar el tejido subcutáneo y ello implica que la piel ya no se puede curar o restablecer por sí misma. Estas quemaduras se catalogan en los grupos de tercer y cuarto grado, y su causa se debe a un largo contacto con productos químicos, corriente eléctrica, llamas, líquidos calientes o alquitrán. La piel tiene un aspecto seco, céreo, blanquecino y correoso o duro. Los síntomas son ausencia de dolor, posible hematuria, posible presencia de heridas de entrada y salida en el caso de la quemadura eléctrica, y shock. Frecuentemente, el tratamiento es un injerto cutáneo para ayudar a cicatrizar las heridas y los pacientes pueden presentar una pérdida de la función de las extremidades o de los dedos; en algunos casos también es necesario amputar la zona dañada.

El tratamiento hospitalario de un paciente que ha sufrido una lesión por quemadura comienza con la valoración inicial y el tratamiento de las lesiones potencialmente mortales. Lo primero es estabilizar la columna cervical del paciente, en el caso de que aún no se haya procedido a ello. Para realizar la valoración inicial se debe utilizar la valoración ABCDE que consiste en una exploración física detallada de la vía aérea (A), la respiración (B), la circulación (C), alteraciones neurológicas (D) y el examen físico sistemático (E)

Tras la evaluación inicial y la estabilización del paciente, la enfermera con ayuda del TCAE debe obtener la historia de lo ocurrido a la vez que lleva a cabo una exploración física detallada.

Es aconsejable realizar la reanimación sueroterapia lo antes posible en los pacientes en los que las quemaduras cubren más del 15% de su superficie corporal total; en caso de no hacerlo, el paciente puede sufrir un shock hipovolémico. El TCAE debe colocar un catéter urinario permanente para vigilar la eliminación de orina.

Por otro lado, la septicemia (presencia de bacterias en la sangre) puede ir asociada a las lesiones por quemaduras y pueden producir una infección grave en el paciente. Una de las funciones del TCAE es controlar los síntomas que alertan de una septicemia como puede ser la temperatura, la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, glucemias y recuento de leucocitos. Esto se realiza extrayendo muestras de orina, sangre, esputos, gasometrías...

Del mismo modo, es necesario que el TCAE esté en constante comunicación con el paciente para detectar el dolor del paciente. En caso de que el paciente no pudiera hablar, el TCAE debe observar los signos corporales del paciente como los gestos, aumento del pulso y de la respiración, aumento de la presión arterial, inquietud, nerviosismo...

El TCAE debe tener en consideración el estado psicosocial del paciente y los fa-

miliares después de una lesión por quemaduras. Es por ello que se debe cuidar el bienestar emocional de los pacientes y sus familiares para garantizar una agradable estancia en el hospital. Del mismo modo, el TCAE debe potenciar habilidades para afrontar sentimientos de temor, ira, ansiedad... por parte de los pacientes. Además, es necesario informar a los pacientes en todo momento de todo lo que se les tiene que hacer y con qué finalidad, pedirles la máxima colaboración posible y que sean corresponsables de su curación, respetando siempre su intimidad y dignidad. Por último, es necesario que el TCAE reciba formación continuada que lo habilite para ser capaz facilitar apoyo en situaciones emocionalmente complicadas, en la comunicación de malas noticias y acompañando en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

La información recogida en este capítulo nos hace ver que las competencias des TCAE ante pacientes con lesiones por quemaduras son de gran importancia para garantizar una atención integral al paciente y establecer un adecuado clima de trabajo. Es responsabilidad del TCAE poder valorar y responder adecuadamente ante las necesidades del paciente quemado y actuar de acuerdo a las lesiones que presenta el paciente hospitalizado.

Del mismo modo, un buen reparto de responsabilidades y tareas en el equipo de trabajo, implicando al médico, enfermero y TCAE supone garantizar un buen plan de cuidados para poder conseguir los objetivos esperados y garantizar una pronta recuperación de los pacientes.

6 Bibliografía

- <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-cuidados-pacientes-quemados-S0212538214000855>
- <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/burns/symptoms-causes/syc-20370539>
- https://revistasanitariadeinvestigacion.com/quemaduras-y-cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-quemado-hospitalizado-articulo-monografico/?utm_content=cmp-true

Capítulo 259

EL JENGIBRE, REMEDIO NATURAL PARA LAS NAUSEAS DURANTE EL EMBARAZO

MARIA CARMEN FIDALGO GARCIA

1 Introducción

El jengibre es conocido por ser una especia y planta con usos medicinales que lleva utilizándose desde la antigüedad. Las náuseas matutinas, que pueden ir desde náuseas leves hasta vómitos frecuentes, son un síntoma común al principio del embarazo. Estos síntomas afectan a casi el 80% de las mujeres durante el primer trimestre y actualmente son una de las principales causas de bajas laborales. Se desconoce su causa aunque los cambios hormonales y los factores psicológicos influyen en su aparición. El jengibre tiene un mecanismo antiemético poco conocido debido a que controla los niveles de serotonina a nivel del aparato digestivo.

Durante muchísimos años, el jengibre ya fue utilizado para tratar diversos problemas de salud, entre ellos destacan las náuseas en el embarazo.

Aunque durante su uso no se observaron efectos secundarios hasta no tener mas información al respecto no debemos superar la dosis recomendada, ya que se puede dar el caso de que aparezcan otros síntomas tales como acidez, irritabilidad estomacal, mal aliento o gases.

La raíz del jengibre es muy utilizada en diversos tratamientos para la salud, entre ellos destacan las molestas nauseas del embarazo. La mujer embarazada debe estar informada antes de su uso de los posibles efectos adversos así como de la dosis recomendada para poder beneficiarse de su utilidad y no tener problemas.

2 Objetivos

Conocer la efectividad de su poder antiemético durante el embarazo. Fortalece el sistema inmune, mejora la digestión controla los niveles de glucosa en sangre y reduce la inflamación.

3 Metodología

Realizados diferentes búsquedas bibliográficas en paginas de internet, bases de datos tales como Cochrane, revistas de salud y medicina natural, que nos permitan verificar tanto la efectividad como la seguridad que el uso de jengibre pueda ocasionar en mujeres embarazadas para paliar las náuseas.

4 Resultados

Durante el embarazo el sistema inmunológico se vuelve mas débil, esto hace que el cuerpo de la mujer se haga más susceptible frente a resfriados y diferentes infecciones, tanto de tipo vírico, bacteriano e incluso hongos. Buscando diferentes alternativas para poder evitar el uso de medicamentos llegamos al descubrimiento de que el jengibre tiene un gran poder antioxidante y esto da lugar a que puede ayudar a prevenir y combatir este tipo de infecciones.

Así mismo encontramos varios estudios que reconocen el poder efectivo del jengibre para las náuseas mostrando resultados beneficiosos. Al ser natural apenas tienen efectos adversos aunque todo dependerá de poder ajustar la dosis a la más baja posible durante su uso ya que se dieron algunos casos de ardor de estómago, hipotensión o hipoglucemias. También podemos decir que el uso de su raíz fortalece el sistema inmune, mejora la digestión, controla los niveles de glucosa en sangre y reduce la inflamación.

Diferentes instituciones recomiendan tomar el jengibre en forma de infusión, ginger ale, en polvo, en ralladura e incluso comer caramelos masticables como primera línea de tratamiento antes de prescribir el uso de medicamentos antieméticos.

También encontramos comprimidos a base de extracto seco que contiene gingeroles al 10%.

Se ha observado que cuando el jengibre se consume en cantidades de 1 gramo diario, las náuseas se reducen significativamente en la mujer embarazada. Una revisión sistemática de estudios publicada en 2014 sugiere beneficios potenciales del jengibre para reducir los síntomas de náuseas durante el embarazo.

Podemos considerar el uso de este tubérculo como una buena opción no farmacológica, natural, inocua y efectiva frente a las náuseas.

Los estudios realizados encontrados no demuestran posibilidades de parto prematuro ni tampoco probabilidad de muerte fetal.

5 Discusión-Conclusión

Después de investigar y buscar información podemos resumir que el jengibre es un buen aliado natural para las náuseas en las embarazadas. A falta de conocer a ciencia cierta la dosis recomendada (aunque en la mayoría de los estudios la posología utilizada fue de 75mg a 2 gr) y de encontrar mas información sobre estudios científicos podemos decir que su uso no presenta ningún tipo de riesgo durante el embarazo ni a la madre ni al feto. Su acción es solo frente a las náuseas, lo que quiere decir que su uso no va a evitar el vómito pero si hacerlo menos frecuente.

6 Bibliografía

- Francés-Ribera L. Náuseas y vómitos durante el embarazo. Matronas Prof.2010;11 (1): 26-28
- Jengibre y embarazo: ¿puedo tomarlo para las náuseas?
- Divinity Jengibre en el Embarazo - Beneficios, Contraindicaciones, Dosis (tuberculos.org)

Capítulo 260

EL TRABAJO EN EQUIPO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL MEDIO HOSPITALARIO

MARIA CARMEN FIDALGO GARCIA

1 Introducción

Trabajar en equipo es el esfuerzo integrado de un conjunto de personas para la realización de un proyecto.

Trabajar en equipo implica la coordinación de 2 a más personas orientadas para el alcance de objetivos comunes. Cada miembro debe aportar para la realización de una parte del trabajo.

Hoy en día, es una forma de trabajo eficiente que entrega varios puntos de vista y que sirven para resolver más eficientemente conflictos que surgen en el ámbito económico, político y social. Trabajar en equipo implica juntar varias personalidades para llevar a cabo un proyecto u objetivo. En este sentido, trabajar en equipo es un esfuerzo de todos los miembros del grupo.

Para que el trabajo en equipo sea agradable y eficiente, los equipos de trabajo deben tener en cuenta algunos puntos que irán a ayudar a que las características que entorpecen las dinámicas de grupo, pueda ser anuladas. El trabajo en equipo permite resolver problemas que, difícilmente, podría resolver un individuo por sí mismo, a cambio de un costo de coordinación y alineación entre sus miembros. Cuando es bien estructurado y liderado, el trabajo en equipo influye positivamente en los trabajadores a través del compañerismo, intercambio de conocimiento, apoyo mutuo y alcance de metas de impacto significativas.

En los equipos de trabajo, se elaboran normas que se acuerdan y sean respetadas por todos los miembros del equipo. Estas reglas de comportamiento, establecidas por los mismos miembros del equipo, proporcionan a cada individuo una base para predecir el comportamiento de los demás y preparar una respuesta apropiada. Incluyen, entre otros, las normas de interacción del equipo. Las normas del equipo regulan su función como unidad organizada, así como las funciones de los miembros individuales.

En un equipo exitoso, su cohesión se expresa en solidaridad y sentido de pertenencia al equipo que manifiestan sus miembros. Cuanto más cohesión exista, más probable es que el equipo comparta valores, actitudes y normas de conducta comunes.

2 Objetivos

- Describir técnicas y dinámicas para el trabajo en equipo.

3 Metodología

El equipo de trabajo está formado por un grupo de personas, conocidas o no, dirigidas o guiadas por un líder, o animador, para la consecución de sus objetivos. Es precisamente el líder quien debe promover la participación y activar al equipo, valiéndose de diferentes métodos según las necesidades del momento. Estas metodologías de trabajo en equipo se conocen como «dinámicas de grupo» y son muy utilizadas en todos los ámbitos (social, educativo, laboral, etc.) para optimizar las relaciones dentro del grupo.

La elección de la dinámica adecuada dependerá del objetivo a conseguir, tipo de grupo (tamaño, características de sus miembros, etc.). Las más utilizadas son:

1. Phillips 6/6:

- El grupo se divide en subgrupos de 6 personas que deben dialogar durante 6 minutos (1 minuto cada persona). Finalmente, un portavoz expone las conclusiones de cada grupo.
- Favorece el conocimiento, la comunicación y la colaboración.
- Es adecuado para recoger opiniones y promover la participación de todos los miembros del grupo.

2. Tormenta de ideas:

- Se realiza con grupos de hasta 20 personas, que expresan rápida y libremente sus ideas u ocurrencias sobre un tema concreto, que no pueden ser criticadas.
- Pretende desarrollar la creatividad individual y grupal, buscando ideas nuevas. Ejemplo de clase: Búsqueda de ideas para la creación de una empresa.

3. Role-Playing:

- Consiste en una representación o dramatización de una situación, asumiendo los roles, ante el resto de los miembros que hacen de público.
- Persigue la toma de conciencia de una situación, ponerse en el lugar del otro, desarrollar la espontaneidad y la observación, que permitan, a su vez, el análisis y superación de un problema, así como la toma de decisiones. Ejemplo de clase: Realizar una entrevista de trabajo (Roles: entrevistado-entrevistador).

4. Estudio de casos:

- Grupos de hasta 20 personas, discuten sobre un caso concreto (redactado por escrito, que será leído) dirigidos por un animador.
- Al ser una historia concreta, permite reflexionar sobre el tema, analizarlo, obtener diferentes puntos de vista, buscar soluciones a través de la participación y opinión de todos los miembros. Ejemplos: Caso de la Revista Elle, Perdidos en la luna, etc.

4 Resultados

En la atención médica, el trabajo en equipo siempre busca conseguir el bienestar y la salud del paciente, en especial en la atención hospitalaria, pero además tiene un efecto potencializador en el equipo, pues los resultados son mejores que si cada uno de los participantes trabajara por separado y después solo sumara cada quien su parte a la de los otros. El trabajo en equipo dentro del hospital permite que se conjunten habilidades, dones y talentos, haciendo que las tareas se completen; cuando se presentan problemas, es más fácil encontrar la solución al pertenecer a un equipo, y favorece la motivación entre los miembros, disminuyendo la rotación de personal y el desgaste laboral.³

Nadie dice que trabajar en equipo sea fácil, pero facilita el trabajo y mejora los resultados. Existen barreras para llevarlo a cabo, por ejemplo el tener multiempleo, pues puede evitar el desarrollo del sentimiento de pertenencia a una institución (amor a la camiseta), la fatiga laboral es una de las grandes barreras para el éxito del trabajo en equipo, así como la minimización de la opinión de los miembros menos experimentados, fenómeno que no es raro en el ejercicio

de la medicina, por ejemplo, en algunas residencias médicas, los de menor jerarquía no tienen derecho a opinar, afectando de esta manera el objetivo; otra situación perjudicial para el trabajo en equipo es cuando un médico con gran reconocimiento académico o jerarquía considera (y hace que consideren) que su opinión es valedera solo por haberse originado en él, sin escuchar la opinión de los otros miembros. Uno de los mejores ejemplos del trabajo en equipo se ve en la labor diaria de los hospitales, ya que un gran número de las actividades que se llevan a cabo en una organización hospitalaria son gracias al trabajo en equipo, en donde la coordinación y la cooperación permiten el logro de objetivos. Los buenos hospitales se caracterizan porque todos sus elementos buscan el logro del objetivo: la atención cálida, segura y eficiente del paciente, sin tener más protagonismo que el del éxito del objetivo, logrando que todos ganen, en especial, el paciente, y por su puesto la organización hospitalaria. Pero ¿Qué sucede cuando una de las partes del proceso falla? Todo el sistema se ve afectado y seguramente a pesar de que el resto del equipo haga su esfuerzo al máximo, el resultado no será el mismo como si todos hubieran funcionado de manera adecuada.

5 Discusión-Conclusión

Trabajar en equipo en un hospital mejora la calidad de los cuidados, proporcionando eficiencia e integridad. Ayuda a conocer mejor las necesidades de cada paciente, evitando errores y tomando las mejores decisiones para él. El trabajo en equipo facilita el cumplimiento de objetivos, favorece las habilidades sociales, mejora la lluvia de ideas, ayuda a desarrollar la confianza y mejora la resolución de problemas, por tanto, mejora la calidad asistencial.

El trabajo en equipo en el ámbito sanitario permite, por tanto, que los miembros de un grupo sumen conocimientos y habilidades y se complementen las tareas realizadas. El objetivo del trabajo en equipo es mejorar la calidad, la eficiencia y la integridad de la atención sanitaria, así como la satisfacción de los pacientes y los trabajadores. El trabajo en equipo requiere de una cultura de respeto, ética y participación, así como de una gestión moderna y flexible que facilite la coordinación y la toma de decisiones compartidas. El trabajo en equipo supone un reto para el sistema sanitario, que debe superar las barreras estructurales, organizativas y culturales que dificultan su implantación. El trabajo en equipo es una herramienta fundamental para el funcionamiento hospitalario del siglo XXI, que contribuye al desarrollo profesional y personal de los integrantes del equipo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 261

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UN SERVICIO DE MATERNIDAD DE UN HOSPITAL

LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO

1 Introducción

El TCAE se integrará dentro del equipo que compone la unidad de maternidad, tendrá un trato directo con las nuevas madres, intentando facilitar la información y el apoyo necesario para atender al nuevo miembro de la familia y a su propio cuidado después del parto. El TCAE servirá de referencia a la madre, realizando tareas como la alimentación del bebé, su aseo, el control de la temperatura, cambio de pañal...

Es fundamental llevar un registro de las acciones que se van realizando a fin de poder valorar por el personal facultativo el estado tanto de la madre como del bebé. El TCAE también ayudará a la madre en la introducción de la alimentación natural, mediante la lactancia materna.

Debemos tomar conciencia de lo que implica la maternidad, y la cantidad de sentimientos y cambios que experimenta en su cuerpo, la madre, tanto a nivel físico como psicológico, asumir el cuidado del bebé, sobre todo en las primerizas, supone una adaptación y un aprendizaje que en muchos casos produce ansiedad y malestar en la nueva madre.

El aprendizaje de la crianza natural, intentando fomentar la lactancia natural, va a requerir el apoyo de personal especializado. De ahí que el personal de enfermería y los TCAE, se hayan formado previamente en este tema, teniendo siempre

presente que se trata de una decisión personal de la madre que siempre deberá ser respetada por todo el personal.

Por tanto, ya se ha dejado constancia de la relevancia del papel del Técnico en Cuidados

Auxiliares de enfermería en una unidad de maternidad, integrándose en un equipo multidisciplinar con la finalidad última de hacer más llevadero los primeros días de maternidad, y facilitando la adaptación de la madre y del bebé a la nueva situación.

2 Objetivos

Definir las funciones de un TCAE en la unidad de maternidad de cualquier centro hospitalario, teniendo a su cargo tanto el cuidado de la madre, como del bebé en sus primeros días de vida.

3 Metodología

La metodología utilizada ha pasado por una revisión en profundidad de aquellos artículos relacionados con el cuidado de la nueva madre, la lactancia materna, y el cuidado del bebé, acudiendo al Google académico, así como a publicaciones científicas o bases de datos como Medline y Scielo.

4 Resultados

Del estudio realizado se ha obtenido los siguientes resultados:

- Debemos centrarnos en las funciones del TCAE en la unidad de maternidad de un centro hospitalario
- Nada más producirse el nacimiento del bebé, el TCAE deberá preconizar el contacto piel con piel, los recién nacidos pasarán requieren un contacto directo, durante al menos las dos primeras horas de vida, en muchos centros existe una unidad específica para realizar este primer contacto, en otros no.
- Se le pondrá al recién nacido la pulsera con sus datos identificativos, igual que a la madre, tarea fundamental para evitar problemas posteriores.
- Pasadas al menos 2 horas desde el parto, se le realizará al recién nacido una Somatometría, dónde se va a verificar el perímetro craneal, el peso. En este paso se procederá a limpiar la cabeza del bebé, el baño se debe posponer a un momento posterior siempre que hayan transcurrido al menos seis horas de vida.

- Definir la curva térmica: la temperatura, en los casos que se requiera, se deberá tomar cada 3 horas, al menos durante el primer día de vida.
- La tarea más complicada es la de iniciar al recién nacido en la alimentación, sobre todo si la madre decide acudir a la lactancia materna a demanda. Esto requiere mucho apoyo, y el TCAE y el personal de enfermería van a comprobar el agarre, la posición, el número de tomas. Al principio seguramente será necesario y refuerzo con leche de fórmula. Si, por el contrario, la madre opta por la lactancia artificial, se realizará cada tres horas, al principio sólo con entre 5-10 cc.
- Se va a valorar la expulsión del meconio y las primeras micciones realizadas.
- La misma labor se realizará también con la madre, verificando la primera micción postparto, diferenciando si el parto es realizado con anestesia epidural o no.

5 Discusión-Conclusión

Las plantas de maternidad se caracterizan por un ritmo frenético, con una gran actividad, puesto que el trabajo requiere realizar numerosos controles y numerosos registros. Requiere estar alerta de forma permanente tanto el cuidado de las mamás como de los bebés. Dedicar el tiempo que sea necesario a que la madre se inicie en la lactancia materna, que en ocasiones se demora en el tiempo. También hay que extremar el cuidado en el aseo del bebé y en el cuidado del cordón umbilical.

El TCAE deberá prestar apoyo a las madres, se han convertido en una ayuda fundamental para las madres, sirven para dar consejo e instrucciones en todo lo relacionado con el cuidado del bebé. Lo normal es que el TCAE haya recibido una formación previa en todo lo relacionado con esta materia.

6 Bibliografía

- López, M. E. G., & Calva, E. A. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*
- Plaza, C. Á. (2014). La diversidad familiar y la divulgación de los orígenes genéticos a los niños nacidos a partir de donantes y/o gestación subrogada. *IMPertinente*
- <https://medlineplus.gov/spanish/postpartumcare.html>
- <https://www.hospitalmanises.es/blog/cuidados-postparto-en-casa/>
- Alvarado, R., Medina, E., & Aranda Ch, W. (2002). El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido.

Revista medica de Ch

Capítulo 262

LOS CUIDADOS QUE DEBE REALIZAR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CUANDO SE ADMINISTRA UN ENEMA RECTAL

TAMARA GAYOL FERNÁNDEZ

1 Introducción

A veces, el paciente padece estreñimiento crónico o agudo y hace que se le tenga que administrar un enema rectal. Un enema o una lavativa es un procedimiento donde se introduce un medicamento o remedio natural líquido, sea frío o tibio, por el ano y a través del recto para hacer una limpieza del colon, el recto y parte de los intestinos. Hay varios tipos de enemas, los cuales dependen de donde están a nivel anatómico las heces y como poder expulsarlas sin tener que hacer daño al paciente. El enema es prescrito por el facultativo que valoró previamente al paciente y ve necesario que el enema pueda aliviar el dolor o malestar de este paciente.

Entre muchos enemas que hay, podemos hablar de 3 enemas que existen en la unidad de hospitalización, evacuatorio o de limpieza (el más frecuente) preparado el cual se utiliza un equipo adecuado, el enema carminativo o lavativa de Harris (eliminación de gases) y el enema de retención (administración de medicación). Con este trabajo se puede decir que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es el responsable de administrar el enema rectal a los pacientes que

se encuentren hospitalizados y que haya sido valorados por facultativo. El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) realiza un labor importante.

2 Objetivos

El objetivo principal es describir qué tipo de técnica debe usar el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) a un paciente cuando se va a administrar un enema por vía rectal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. También se ha realizado una búsqueda sistemática en las principales bases de datos tales como PubMed, Medline, Scielo y Google Académico. También se han consultado revistas y artículos científicos.

4 Resultados

- En este trabajo hemos investigado acerca que actuaciones y técnicas debe de realizar el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) a la hora de administrar un enema
- Cuando se ha pautado el enema, el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe de informar al paciente lo que se le va a hacer y explicarle los pasos que se van a seguir.
- En variedad de artículos que se han seleccionado, se encontró que se debe tener todo el material preparado y no dar vueltas para buscar de lo que necesita cuando se está empezando a administrar el enema.
- Es importante que se administre en una camilla o cama para así evitar que el paciente sufra una reacción vagal o desmayo. Se deberá de colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo, dado que es la posición estricta para administrar el enema, solamente para la extracción de fecaloma es la de decúbito lateral derecho. Se empezará a insertar el enema con una sonda rectal lo que facilitará que el enema llegue a una zona anatómica superior y las heces se muevan al tracto inferior y se expulsen al exterior rápidamente
- Tras administrar el enema se comentará al paciente que debe intentar aguantar el líquido todo el tiempo que sea posible. En caso de urgencia, no debe de levantar

tarse rápido al baño dado que puede sufrir un accidente. Si no es facilitará y se pondrá algún pañal para ese momento puntual y evitar esas caídas.

- En el momento que el paciente haya evacuado todo el contenido del enema se verá cómo son las heces y si ha sido eficaz el enema o no. En caso afirmativo, se comentará y se registrará este procedimiento. Debe llevarse un total control de los enemas al paciente y no exceder de ello.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es el encargado de realizar la administración del enema rectal. Es importante que el profesional esté habituado a la técnica por si surgen complicaciones durante el procedimiento. Se ha llegado a la conclusión que una buena técnica y posición durante y después de la administración acelerará el proceso y será conveniente para que el paciente alivie su dolor o estado de salud y ánimo dado que estando estreñido estás de otro humor. Es imprescindible la formación y el reciclaje en materia de este tipo de técnica a todos los profesionales de la salud, dado que en ocasiones esta técnica puede derivar en alguna complicación y el profesional debe estar preparado para actuar.

6 Bibliografía

- 1- Romero, V., & Isabel, M. (2009). Técnica de preparación y administración de enema de limpieza (Bachelor's thesis).
- 2- Rodrigo, L., Teresa, M., & Giménez Maroto, A. M. (2001). Técnicas y procedimientos:
Sondaje rectal. Administración de un enema de limpieza. Extracción de fecalomas.
- 3- Metas de Enfermería, 2001, num. 36, p. 10-14.
- 4- Reino, P., & Lucrecia, N. (2009). Técnica de administración de enema evacuante en el adulto (Bachelor's thesis).

Capítulo 263

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN POSTANESTESICA (URPA)

ROSA MARIA MORENO MARQUEZ

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

1 Introducción

Durante el proceso asistencial del paciente, en su recorrido, por el centro hospitalario, puede necesitar la realización de pruebas complementarias, la imposición de un tratamiento, o la necesidad de pasar por quirófano. Cuando el paciente tiene que pasar por quirófano, es decir, necesita de una intervención quirúrgica, anteriormente se ha tenido que prepararlo, dándole información de la operación, atención y cuidados por el personal sanitario, para tal evento.

Tras la intervención u operación de la patología del paciente, que generalmente o casi siempre suele ser, con anestesia local o anestesia general, necesita, si ha sido

con la anestesia general, recuperarse de la misma. Esta recuperación se realiza en la unidad de reanimación post anestésica, rea, o cuidados al despertar. En la URPA el paciente se recupera de la operación y se observan los efectos de la anestesia, por lo tanto, en la URPA siempre está presente el anestesista.

Junto a la anestesista se encuentran otros profesionales sanitarios, como enfermeras, auxiliares de enfermería, y celadores, que velan por la evolución del mismo, permaneciendo el paciente el tiempo necesario para su recuperación, que pueden ser horas.

La URPA está estructurada en boxes, en los cuales se encuentra el paciente en su misma cama de la habitación, correspondiente a la unidad hospitalaria donde se encuentra ingresado. Una vez que el paciente se encuentra estable, se realiza el traslado a su correspondiente unidad hospitalaria. Estos cuidados postquirúrgicos son fundamentales para el éxito de la intervención quirúrgica, siendo necesaria la atención constante durante su permanencia en la unidad.

2 Objetivos

- Conocer la funcionalidad de la unidad de recuperación post anestésica.
- Describir las funciones que el TCAE realiza en la unidad de recuperación postquirúrgica de anestesia.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

El paciente, después de la intervención quirúrgica, es trasladado, por el celador de quirófano, y por el pasillo interior, que comunica los quirófanos con la URPA, hasta la unidad, donde es recibido por el TCAE y la enfermera. Con la colaboración del celador destinado en la unidad, es ubicado en uno de los boxes, y el

TCAE en colaboración con la enfermera, revisan y comprueban, todos los mecanismos que porta el paciente, es decir, vías, sueros, drenajes, colostomías, bolsas de diuresis, etc., siendo el responsable de su cambio el TCAE, en caso necesario. El paciente es monitorizado para el control de sus constantes, el TCAE, coloca los parches para monitorizar el ritmo cardiaco, el pulsímetro en el dedo, para comprobar en todo momento, la saturación de oxígeno en sangre, el tensiómetro, para saber en cada instante la tensión arterial del mismo. En el caso de que el paciente necesitase oxígeno extra, el TCAE, le coloca las gafas nasales a los kilos indicados por el personal de enfermería.

El TCAE, revisa la ropa de cama y al propio paciente, porque este, puede llevar pañal o drenajes, y si está la ropa sucia, se la cambia, siempre prestando especial cuidado en los movimientos posturales que se le realiza al paciente, recién intervenido.

El TCAE, va a cada uno de los boxes, la observación visual, como la observación en las pantallas de sus constantes, es muy importante, muestra de la evolución favorable del paciente. En muchas ocasiones el paciente es trasladado para la realización de pruebas complementarias, y el TCAE, antes de realizar el traslado, le revisa todas las conexiones de vías, sueros y drenajes que porta, para que el celador realice el traslado sin ningún tipo de contratiempos ni incidentes.

En otras ocasiones, estas pruebas complementarias, son realizadas en la unidad, placas radiológicas, ecografías, etc., y el TCAE, colabora con los profesionales que las ejecutan, en la movilización del paciente, indicándoles en todo momento la situación del paciente. Una vez que el paciente se ha recuperado, es trasladado de nuevo a su correspondiente unidad hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE realiza una serie de funciones en la URPA que contribuyen enormemente a conseguir los objetivos de la unidad, la recuperación total e integral del paciente. Con los cuidados dados por el TCAE a los pacientes, estos evolucionan favorablemente y tienen un despertar postquirúrgico que en cierta manera podría llamarse de excelente.

Es importantísima la labor del TCAE en estos cuidados ofrecidos a los pacientes, pues de ellos depende, en gran medida, la permanencia más larga o más corta de los mismos en la unidad, aunque normalmente suele ser de horas.

El TCAE es el responsable en toda movilización del paciente, informando, tanto a los técnicos de las pruebas complementarias, como al celador de la unidad, la forma de realizarlos.

6 Bibliografía

1. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de reanimación pos anestésica. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>
2. Cuidados del TCAE en el postoperatorio. Disponible en: <https://revistamedica.com>
3. La URPA, organización y recepción. Disponible en: <https://www.salusplay.com>

Capítulo 264

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

ROSA MARIA MORENO MARQUEZ

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

1 Introducción

La salud mental actualmente supone una de las enfermedades más atendidas por la administración sanitaria, siendo la población de edad media, entre 20 a 50 años, los más afectados. Tratar de paliar las consecuencias y las enfermedades de la salud mental fue el objetivo de crear en los centros hospitalarios, las unidades de salud mental, para tratar a los pacientes aquejados de estas patologías.

Según la OMS, tener una buena salud significa, no solamente tener un estado físico en perfecto funcionamiento, sino también, que las actitudes y aptitudes mentales del sujeto se encuentren normalizadas y estables. En este sentido cabe destacar que la administración sanitaria lleva ya muchas décadas apostando por el tratamiento integral de los pacientes que tienen estas enfermedades.

La unidad hospitalaria de salud mental es una unidad muy especial en cuanto a su estructura y funcionamiento, siendo hoy, una de las unidades hospitalarias más herméticas y cerradas por el tipo de paciente que está ingresado en sus habitaciones.

La unidad de salud mental se compone de habitaciones para pacientes adultos en su estadio temprano y para pacientes adultos que tienen ya pautada y corregida la medicación. La unidad de salud mental está compuesta por personal sanitario y personal subalterno, entre el personal sanitario se encuentran los psiquiatras, los psicólogos, las enfermeras y los TCAE, y entre el personal subalterno, se encuentran los celadores.

En este trabajo se va a tratar de describir el funcionamiento asistencial que tiene la unidad de salud mental del hospital y en concreto las funciones que desarrolla el TCAE dentro de la unidad.

2 Objetivos

- Describir estructuralmente la unidad de salud mental y su funcionamiento.
- Conocer las funciones que el TCAE desarrolla dentro de la unidad de salud mental.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

El paciente psiquiátrico es atendido en la unidad de salud mental por todo un equipo de profesionales multidisciplinar, entre los que se encuentra el TCAE. Este a diferencia que en otras unidades hospitalarias, es quien, junto con la enfermera, realizan el ingreso del paciente en su habitación, informándole de dónde está y donde se encuentra y de la medicación que tiene asignada, a diferencia que en otras unidades hospitalarias que es solamente el TCAE, junto con el celador,

quienes realizan el ingreso del paciente. En la unidad de salud mental el ingreso se realiza por todo el equipo profesional de la unidad.

En caso de agitación del paciente, que suele ocurrir en muchas ocasiones hasta ajustarle la medicación, el TCAE, colabora con la enfermera en la colocación de las correas de sujeción y de inmovilización del paciente, con el fin de que este no se haga daño a sí mismo, ni tampoco al resto del personal que lo atiende.

El TCAE colabora con la enfermera en la colocación de la vía intravenosa al paciente, con el fin de extraerle sangre para la consiguiente prueba analítica, que el TCAE, identificará con las pegatinas asignadas al paciente, es decir, pegatinas que tienen su nombre y otros datos de filiación sanitaria.

El TCAE realiza turnos en la unidad de salud mental, de mañanas, tardes y noches, siempre bajo las indicaciones del personal sanitario, y siempre se atenderá al paciente en esta unidad, acompañado por otro TCAE o por cualquier personal sanitario de la misma.

El TCAE dará la comida y alimentará al paciente, si este se encuentra inmovilizado y colaborará en la terapia del paciente, si este tiene pautado pasear por el pasillo de la unidad, acompañándolo en todo momento. El TCAE es el encargado de proporcionar la ropa hospitalaria, como el pijama o el camisón al paciente y en caso necesario, por la inmovilización del mismo, realizará el aseo o el cambio de ropa de cama y de la propia ropa del paciente.

El TCAE realizará el pedido pertinente a farmacia de la medicación necesaria para atender a estos pacientes y anotará en la hoja de planta todas las incidencias, controles, pruebas complementarias y analíticas que el paciente se halla practicado.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE realiza su trabajo en la unidad hospitalaria de salud mental, no exento de peligro, por el tipo de paciente ingresado, aunque una vez que se ajusta la medicación de estos pacientes, la situación se encuentra normalizada, pero hasta ese momento, todos los cuidados y la asistencia que se le da al paciente, no está exenta de una peligrosidad latente.

El TCAE debe estar en posesión de técnicas y estrategias en habilidades sociales para atender a estos pacientes, que, en muchas ocasiones, necesitan ser escuchados y atendidos pacientemente, con empatía, pero siempre sin darles la espalda por las reacciones que puedan tener.

6 Bibliografía

1. Funciones del TCAE en la unidad de salud mental hospitalaria. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>
2. Cuidados auxiliares de enfermería en salud mental. Disponible en: <https://ivac-eei.eus>
3. Las funciones del TCAE en una comunidad terapéutica de salud mental. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 265

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE ONCOLOGÍA

ROSA MARIA MORENO MARQUEZ

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

1 Introducción

La realidad social que ha tocado vivir en estos tiempos no está exenta de dificultades y obstáculos que el ser humano tiene que salvar, pero ninguno como la enfermedad. Entre las enfermedades más agresivas que pueda contraer una persona, por sus consecuencias, se encuentra el cáncer, cuya prevalencia en la salud sanitaria mundial es de una tasa altamente significativa.

La enfermedad del cáncer es una de las enfermedades que no ha parado de crecer entre las personas, a diferencia de otras, que su aparición y tratamiento han sido ralentizados y en muchas de ellas paradas sus consecuencias, y en otras tratadas con nuevos medicamentos, estancadas.

Este crecimiento del cáncer se debe fundamentalmente al aumento de una población donde predomina el envejecimiento y la prolongación de la edad de mortandad, así como a otros elementos, ajenos, al ser humano, como la alimentación, la contaminación, el trabajo, etc.

De este modo aparecen un grupo de pacientes aquejados por la enfermedad, donde predomina, el cáncer de pulmón, entre otros, el cáncer de colón o el de mama, tan generalizado en el sexo femenino, puesto que una de cada ocho mujeres, padecerán dicho cáncer, situándose la edad entre los cuarenta y cinco y los sesenta y cinco años.

En los centros hospitalarios, la unidad hospitalaria de oncología, atiende a estos pacientes en todos sus estadios, siendo asistidos por un grupo de profesionales sanitarios, donde se encuentra el TCAE.

2 Objetivos

- Explicar el funcionamiento y la organización de la unidad hospitalaria de oncología.
- Describir las funciones que el TCAE desarrolla en la unidad hospitalaria de oncología.

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 hospitalaria de oncología se dispone en un número de habitaciones dedicadas al internamiento de los pacientes oncológicos. Estas habitaciones están numeradas y clasificadas según el tipo de paciente y el grado de avance de la enfermedad. Entre las habitaciones están las dedicadas a los pacientes que, por consecuencia del cáncer, se encuentran, en fase terminal.

El TCAE recibe los ingresos de estos pacientes, que suelen realizarse, en silla de ruedas o en camilla, debido al estado de salud de los mismos, y suelen realizarse desde sus domicilios o desde el propio centro hospitalario, es decir, provienen de otros servicios internos hospitalarios. En ocasiones, el paciente ingresa de manera ambulatoria, es decir, tiene un ingreso programado y acude desde su domicilio.

En cualquier de los casos de ingreso, el TCAE, es la primera figura que el paciente encuentra. El TCAE le informa al paciente donde se encuentra su habitación y le proporciona todo lo necesario para su comodidad, pijama, toallas, bata, indicando todos los servicios que tiene la habitación, armarios, cuarto de baño e instruyendo al paciente y acompañante sobre las normas de la unidad.

El TCAE en colaboración con el celador, realiza los aseos de los pacientes, y es el responsable de la higiene de aquellos que no puedan hacerlos por sí mismos, debido a su estado bajo de salud o a la capacidad reducida de movilidad que presenta.

El TCAE colabora con la enfermera de la unidad en la distribución de la medicación dada a cada paciente, aunque el TCAE nunca administra medicación, salvo, cambios de sueros, bolsas de drenajes o ayuda a la ingesta de los medicamentos bajo la supervisión y ordenación de la enfermera.

El TCAE tiene especial cuidado con los pacientes en fase terminal, y permite que en la habitación del enfermo, se encuentre más de un familiar, debido a las circunstancias existentes.

5 Discusión-Conclusión

Es relevante en este trabajo y llama la atención el aumento de la enfermedad del cáncer, sobre todo, en los hombres, de entre cincuenta años, del cáncer de pulmón, el primero en número de afectados, pero también es gratificante saber que las técnicas y medios utilizados actualmente, llegan a curar, a casi el noventa por ciento de los enfermos que tienen la enfermedad.

La labor del TCAE en la unidad de hospitalización de oncología es realizada con humanidad y empatía, son pacientes que van a hospital de día continuamente o a cuidados paliativos, y vuelven a la habitación con las secuelas agresivas de dichos tratamientos, el profesional reconocer que un trato cordial y amable, ayuda en gran medida a su elevar su estado de ánimo.

6 Bibliografía

1. Funciones del técnico en cuidados de enfermería en oncología. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>
2. Cuidados y atención del TCAE al paciente oncológico. Disponible en: <https://revistamedica.com>
3. Enfermedades oncológicas. Disponible en: <https://www.infosalus.com>

Capítulo 266

EL PACIENTE ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA: CUIDADOS Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA

RAQUEL RUBIO PRESTEL

GEMMA GONZÁLEZ MORCILLO

ANA MARIA CUMPLIDO SOBRINO

LIDIA GARCIA GARCIA

BEGOÑA LAZARO SANCHEZ

1 Introducción

En nuestro país una de las causas por las que más ingresan los ancianos en los hospitales son las fracturas de cadera.

La fractura de cadera, sobre todo en el paciente anciano, es una patología bastante grave, ya que debido a este hecho pueden aparecer complicaciones durante la curación de la lesión que pueden suponer un riesgo importante para el paciente, ya que es necesario mantener un tiempo de reposo e inactividad que a las personas mayores les supone una serie de complicaciones.

Generalmente, cuando se sufre este tipo de dolencia en las personas mayores suele ser debido a una descalcificación de los huesos de carácter importante, denominada osteoporosis, que, en un estadio bastante avanzado, acaba deteriorando el hueso y por consiguiente haciendo que este se rompa.

También es cierto que en paciente anciano puede ocasionarse este tipo de lesiones debido a una caída o a un traumatismo, aunque suelen ser las menos veces.

La fractura de cadera presenta una serie de tratamientos de diferentes tipos que van a variar en función de las características del paciente, siendo a veces necesaria la implantación de la prótesis de cadera. Pero optando siempre por el tratamiento que menos riesgo o menos complicaciones pueda presentar para el paciente.

2 Objetivos

- Explicar las funciones o herramientas necesarias para que con los cuidados oportunos se pueda favorecer a una recuperación más rápida del paciente.
- Detallar la importancia de realizar los cuidados necesarios de la manera correcta para evitar que el paciente sufra un empeoramiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 OMS, la fractura de cadera en el paciente anciano es una de las patologías más comunes en el mundo.

Cuando un paciente anciano ingresa en la unidad de traumatología debido a una fractura de cadera, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe ser capaz de valorar las necesidades que tiene el paciente, qué tipo de dependencia presenta y qué tipos de cuidados precisa para que esté bien.

También es muy importante que el auxiliar de enfermería conozca a qué tipo de tratamiento va a ser sometido el paciente, ya que en función del tratamiento

precisara una serie de cuidados u otros. Y para esto es muy importante que el equipo sanitario del área, estén totalmente coordinados y que todo salga bien. Si bien es cierto, que, salvo casos excepcionales, el paciente anciano que sufre este tipo de lesión suele quedar incapacitado físicamente durante un tiempo. Durante las primeras horas el paciente ha de permanecer en reposo, por lo que cualquier necesidad que tenga tendrá que ser atendida. En este punto es muy importante la movilización del mismo. Por este motivo, tanto el técnico en cuidados auxiliares de enfermería como el celador han de conocer a la perfección como se ha de realizar la movilización del paciente fracturado de cadera. Este tipo de lesiones son muy dolorosas, por lo que generalmente el paciente no quiere colaborar en nada y tan solo quiere estar en reposo. Y en muchos de los casos las indicaciones son totalmente lo contrario, el paciente debe levantarse al sillón y moverse. Los técnicos auxiliares de enfermería son los encargados de llevar a cabo estas funciones, por lo que muchas veces el paciente no estará conforme y habrá que intentar de manera psicológica que colabore y ayude en la medida de lo posible.

5 Discusión-Conclusión

Cuando una persona mayor sufre una fractura de caída, sea como sea que haya ocurrido, se enfrenta a una recuperación lenta y a una lesión muy dolorosa. En la mayoría de los casos, se suele colocar una prótesis de titanio y el paciente se recupera de una manera rápida. Pero hay otros muchos casos que debido a las características del paciente no pueden ser operados y es ahí cuando suelen aparecer las complicaciones. Una larga estancia en reposo hace que el paciente anciano pierda toda la confianza en sí mismo y se deprima, lo que puede interferir en la recuperación. Por eso es tan importante que como auxiliares de enfermería se fomente cierta autonomía del propio paciente y nunca olvidarnos de prestar nuestras funciones de manera eficaz como el aseo, las movilizaciones, etc.

6 Bibliografía

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

Capítulo 267

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN BROTE INFECCIOSO EN UNA PLANTA HOSPITALARIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILARES EN ENFERMERÍA

MIRIAM ALONSO CANO

INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO

SONIA BRASERO CANO

ESPERANZA CESPEDES ESCALONA

MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA

1 Introducción

Un brote infeccioso dentro del ámbito hospitalario es una situación no previsible, relacionada con alguna patología del paciente o con una mala praxis por parte del personal sanitario.

Es muy importante tratar de prevenir y controlar este tipo de situaciones, que a su vez suelen ser bastante comunes en el área hospitalaria, aunque generalmente no de extrema gravedad.

Hoy en día en todos los centros sanitarios disponen de diferentes protocolos de actuación, tanto para prevenir como para controlar las infecciones intrahospitalarias.

Hay que tener en cuenta que para que dentro del ámbito sanitario se determine la aparición de un brote infeccioso se deben dar una serie de condiciones. La primera de ellas es la aparición repentina de una enfermedad o bacteria en varios pacientes a la vez en un lugar o servicio específico y en un momento de tiempo determinado. Otra de las condiciones es que se den síntomas o signos comunes en varios pacientes que presentan diferentes patologías.

Todo el personal sanitario y no sanitario han de tener los conocimientos básicos para desempeñar sus funciones en su correspondiente puesto de trabajo, con las precauciones y medidas necesarias para evitar la propagación de la enfermedad, tanto entre pacientes como entre el personal sanitario o familiares.

Por este motivo es muy necesaria la formación continua del personal que trabaja en los centros sanitarios, ya que estos protocolos pueden ir variando según la ciencia avanza y se descubren nuevas formas de atacar los microorganismos.

2 Objetivos

- Determinar en qué consiste un brote infeccioso en el ámbito sanitario, así como las características que se han de dar para denominarlo así.
- Describir protocolos de actuación ante una situación de riesgo por infección y como prevenirla.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro del ámbito sanitario, en ocasiones, y aunque se tome las medidas de prevención sanitarias correspondientes, ocurre que se puede dar un brote infeccioso entre los pacientes que se encuentran ingresados. O bien por qué no se ha sabido

detectar antes o porque nada tiene que ver con su patología y lo ha desarrollado después.

Generalmente, se determina brote cuando se da la circunstancia principal de que varios pacientes e incluso trabajadores sanitarios empiezan a presentar síntomas comunes e independientes de la patología previa que cada uno presentaba.

Para poder prevenir, controlar y erradicar estas situaciones es necesaria la creación de protocolos de actuación que siempre han de estar al alcance de todos y cada uno de los trabajadores.

Con estos protocolos se pretende garantizar la seguridad tanto de los enfermos como de los trabajadores, intentando detectar y diagnosticar el problema de una manera rápida y eficaz.

Cuanto antes se detecte la enfermedad denominada como contagiosa o el agente patógeno que lo provoca, antes se pueden llevar a cabo las medidas necesarias para evitar su propagación, atajando así el problema.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es una de las piezas fundamentales en la prevención de este tipo de enfermedades, puesto que son unos de los profesionales que más contacto tienen con el enfermo.

Estos deben conocer de una manera perfecta el protocolo de actuación ante cada caso. Como medida general es imprescindible que se den unas normas básicas de higiene para todo el personal. Como medida de higiene a destacar hablaremos del correcto lavado de manos y por supuesto del correcto uso de las barreras de protección como son los guantes y las mascarillas, entre otros.

Una vez que se ha detectado el brote y por consiguiente el agente patógeno que lo causa, el paciente o pacientes que lo presenten serán aislados con una serie de indicaciones y medidas de prevención, dependiendo de la vía de transmisión que tenga dicha enfermedad o bacteria.

El auxiliar de enfermería ha de conocer con exactitud cada uno de los diferentes tipos de aislamientos a los que se puede someter a un paciente:

- Aislamiento Estricto: previene la transmisión de enfermedades tanto por contacto como por vía aérea. Es el aislamiento más completo y a la vez seguro.
- Aislamiento Respiratorio: como su propio nombre indica, la transmisión se realiza por la vía respiratoria. Será imprescindible el uso de mascarillas FP2 oFP3 dependiendo del agente.
- Aislamiento de contacto: cualquier contacto con el enfermo o su entorno puede producir el contagio.
- Aislamiento Inverso: en este caso el paciente aislado no porta ninguna enfermedad, pero es susceptible de contagio por su propia patología.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto anteriormente, los brotes infecciosos dentro del hospital suelen ser algo común, pero generalmente no son graves.

Desde hace unos años el Ministerio de Sanidad obligo a los diferentes centros sanitarios a que debían disponer de una serie de protocolos de actuación ante las diferentes situaciones que se pudieran dar.

En los últimos años, hemos sufrido la epidemia del COVID, algo inesperado y desconocido, donde de nuevo se han tenido que crear nuevos planes de actuación. Con esto queremos decir que la vida está en continuo cambio y avance, por lo que la ciencia también. Debido a esto, los diferentes profesionales deben estar en continua formación para enfrentar estas situaciones y por supuesto deben tener a su disposición todas las herramientas necesarias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 268

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. PLAN DE CUIDADOS A UN PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA

MARÍA SOFIA PARDO GARCIA

ANA MARIA PORTELA HERNÁNDEZ

MIREIA SÁNCHEZ JO

LARA MOLINA MARTIN

1 Introducción

La ventilación mecánica es un procedimiento de respiración artificial que sustituye o ayuda temporalmente a la función ventilatoria de los músculos inspiratorios. No es una terapia, es una intervención de apoyo, una prótesis externa y temporal que ventila al paciente mientras se corrige el problema que provocó el déficit de intercambio gaseoso al sistema pulmonar y circulatorio.

La ventilación mecánica (VM) es una alternativa terapéutica, que gracias a la comprensión de los mecanismos fisiopatológicos de la función respiratoria y a los avances tecnológicos nos brinda la gran oportunidad de suministrar un soporte avanzado de vida eficiente a los pacientes que se encuentran en estado crítico padeciendo de insuficiencia respiratoria (IR).

Entre sus objetivos, destacan el correcto intercambio gaseoso, aumentar el volumen de los pulmones para así aumentar la capacidad de la vía aérea y los alveolos

colapsados, disminuir el trabajo respiratorio, corregir la disnea, hipoxemia y la posible acidosis respiratoria, así como disminuir las demandas de oxígeno del corazón.

Existen diferentes tipos en los pacientes ventilados:

- Ventilación No invasiva: el respirador se conecta con una mascarilla que se ajusta a la nariz o boca-nariz del paciente.
- Ventilación Invasiva: el respirador se conecta a una vía aérea artificial (tubo endotraqueal, traqueostomía).

2 Objetivos

Establecer un plan de cuidados de un paciente que ingresa a la UCI por Insuficiencia Respiratoria Aguda y es sometido a una ventilación mecánica

3 Caso clínico

Varón de 67 años de edad, fumador de 10 cigarrillos/día. Presenta varios antecedentes de comorbilidad como Hipertensión (HTA), Obesidad, Asma grave mal controlada con numerosas crisis a lo largo de los últimos años, requiriendo ingresos en alguna ocasión. Hace 7 días fue diagnosticado de Neumonía en su centro de salud, ha estado en tratamiento con Amoxicilina, y spiriva y salbutamol a demanda.

Presenta episodio de Insuficiencia respiratoria Aguda en domicilio, necesitando la atención urgente del equipo de atención primaria y traslado a hospital en UVI móvil, con posterior ingreso en UCI. Tiene una mala evolución, inicialmente con trabajo respiratorio, taquipnea y desaturación, por lo que se decide intubación orotraqueal.

Se realiza una valoración según necesidades:

1. Necesidad de respirar

- Presencia de secreciones con diferentes aspectos y colores.
- Portadores de tubo orotraqueal o de cánula de traqueotomía.
- Presencia de hábito tabáquico presente o pasado.

2. Necesidad de beber y comer

- Portadores de sonda nasogástrica.
- Con nutrición enteral o parenteral.
- Con dietas especiales precisando a veces suplementos.
- Alterada deglución-masticación.

3. Necesidad de eliminar

- Presencia sonda vesical o incontinencia.
- Presencia estreñimiento.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

- Limitación de la movilidad por su proceso: Barthel 0 (dependencia total para las actividades de la vida diaria)

5. Necesidad de dormir y descansar

- Precisa de medicación para dormir por dificultad para conciliar el sueño (factores que perturban el sueño: dolor, posturas, disnea, factores ambientales...)

6. Necesidad de vestirse y desvestirse

- Manifestaciones de dependencia precisando ayuda total.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales

8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos

- Dependencia total para su higiene diaria.
- Alto riesgo de UPP (>16) en escala de Norton modificada.
- Presencia sequedad de mucosa y edema generalizado.

9. Necesidad de evitar los peligros

- Riesgo de caídas, de autolesiones, de infecciones...
- Control del dolor con analgesia.
- Sentimientos de desconcierto, incertidumbre, angustia, miedo, sentimientos de pérdida de rol.

10. Necesidad de comunicar

- Incapacidad de comunicación verbal debido a barreras físicas y/o sedación.
- Desorientación temporo-espacial.

11. Necesidad de actuar según sus creencias y valores

- Manifiesta preocupación por su estado de salud.

12. Necesidad de realizarse

- Preocupación de imagen corporal y la pérdida de autonomía.

13. Necesidad de recrearse

- Régimen de visitas flexible para favorecer la ocupación del tiempo.

14. Necesidad de aprender

- Siente la necesidad de conocer su situación de salud
- Tiene desconocimiento sobre cuáles son los cuidados de salud adecuados para su nueva situación de vida.

Durante la estancia del paciente en UCI, se elabora un Plan de Cuidados de Enfermería con unos diagnósticos reales o potenciales y unas intervenciones para llevar a cabo que engloban diferentes actividades.

1) Patrón respiratorio ineficaz: la respiración no proporciona una ventilación adecuada.

Intervenciones:

- Monitorizar signos vitales
- Intubación y manejo de la vía aérea.
- Manejo de la medicación enteral e iv.
- Manejo de las vías aéreas artificiales y aspiración.

2) Ansiedad R/C amenaza de muerte/cambio en el estado de salud M/P insomnio, agitación, nerviosismo, aumento de la respiración y TA, pulso y dificultad respiratoria.

Intervenciones:

- Disminuir ansiedad
- Facilitar visitas

Actividades:

- Explicar todo procedimiento al paciente
- Proporcionar seguridad
- Administrar medicación para la ansiedad si está prescrito.
- Favorecer las visitas familiares si lo requiere y controlar la respuesta del paciente a las visitas.
- Limitar las visitas en caso necesario.

3) Deterioro de la comunicación verbal R/C traqueostomía/ intubación M/P no poder hablar.

Intervención

- Enseñanza individual.
- Escucha activa.

Actividades:

- Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica.
- Usar materiales educativos adecuados.
- Enseñar al paciente cuando corresponda.
- Mostrar interés en el paciente.

- Usar el silencio/escucha activa para animar a expresar sentimientos y preocupaciones.

4) Respuesta disfuncional a la suspensión del respirador (destete) R/C factores psicológicos, fisiológicos y situacionales M/P agitación, diaforesis profusa, incapacidad para cooperar, ojos desorbitados, etc.

Intervención

- Destete de la VM.

Actividades:

- Enseñanza del paciente para que comprenda y se prepare para un procedimiento o tratamiento.
- Permanecer con el paciente.

5) Deterior del patrón del sueño R/C factores ambientales (ruidos, iluminación), factores psicológicos (tensión, ansiedad) y factores fisiológicos (fiebre, náuseas) M/P quejas verbales y desvelo prolongado.

Intervención:

- Mejorar el sueño.

Actividades:

- Comprobar el esquema de sueño.
- Ajustar el ambiente para favorecer el sueño.
- Ayudar a limitar el sueño por el día.
- Llevar a cabo medidas agradables.
- Ajustar la administración de medicación para apoyar el sueño.
- Fomentar el uso de medicamentos para dormir.

4 Discusión-Conclusión

En la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital General Universitario de Al-bacete, al ingreso de este paciente se le ha realizado una valoración según las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson con sus diagnósticos de enfermería y sus correspondientes intervenciones y actividades. Una vez elaborado el plan de cuidados, se llevará a cabo haciendo partícipe al propio paciente cuando salga de su estado de gravedad, así como a las personas que conviven con él para su mejor cuidado en el domicilio.

Lo que persigue el equipo multidisciplinar de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y enfermería con este plan de cuidados es proporcionar la pronta recuperación del paciente, evitar cualquier disconfort, prevenir las complicaciones e ingresos hospitalarios.

El Auxiliar tiene una presencia muy activa durante todas las etapas del proceso asistencial, sobre todo durante la ejecución, ya que lleva a cabo los cuidados básicos del paciente.

En la valoración inicial, el auxiliar de Enfermería colabora en la recogida de información, el registro y la documentación. Su papel en el diagnóstico consiste en conocer los problemas de salud y patologías del paciente. De forma que durante la planificación se le asignan las tareas que deberá llevar a cabo en la ejecución, donde su papel es muy importante.

En la ejecución el auxiliar lleva a cabo los cuidados que indica el plan y lo registra todo. Por último, durante la evaluación final, valorará las actividades realizadas y las registrará en la documentación.

5 Bibliografía

1. Gordo-Vidal, E. Calvo-Herranz, A. Abella-Alvarez, I. Salinas-Gabiña. Hyperoxia induced pulmonary toxicity. *Med Intensiva*, 34 (2010), pp. 134-138
2. D. Robinson, D. B. Freiberg, J. A. Regnis, I. H. Young. The role of hypoventilation and ventilation-perfusion mismatch in oxygen-induced hypercapnia during acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 161 (2000), pp. 1524-1529
3. Gutiérrez, F. Diagnóstico, Monitoreo y Soporte inicial del Paciente con insuficiencia Respiratoria Aguda. "Atención Inicial Del Paciente Crítico Para No Especialistas" (Parte 1). *Revista Acta Médica Peruana Número Especial*. 2011.
4. Lovesio C. Capítulo Ventilación Mecánica. *Medicina Intensiva*, Enero 2006, Editorial El Ateneo, Buenos Aires.
5. PAE: Definición, características y fases del PAE [Internet]. Programa de Integración de la Tecnología en la Docencia. Universidad de Antioquia. [Actualizado 24 Mayo 2017, citado 3 Mayo 2017].
6. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 11ª ed. Elsevier, Madrid 2007.

Capítulo 269

LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAES) Y SUS ACCIONES ANTE UN CASO DE MALTRATO INFANTIL

JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN

CORAL RAMÍREZ MORA

AQUILINA CERDAN JIMENEZ

ANTONIA MAESTRE GONZÁLEZ

ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ

1 Introducción

Hay determinadas circunstancias que inciden en el número de casos, como pudieran ser las que suceden en el ámbito familiar, el miedo a denunciar, las agresiones infantiles o una formación profesional inadecuada. En consecuencia, se desconoce la prevalencia del abuso infantil y muchos casos no se denuncian. La cuestión del maltrato infantil no preocupó a los profesionales de la salud hasta 1946. Creían que su único propósito era tratar la enfermedad; las cuestiones sociales no formaban parte de sus cometidos. Actualmente el paciente es tratado como un ser biopsicosocial, se tiene en cuenta tanto los factores psíquicos como los físicos.

Para describir el abuso que tanto niños como niñas sufrieron a manos de sus padres, Kerme acuñó la frase "síndrome del niño maltratado" en la década de 1960.

Después de mucho debate sobre la reputación de la familia, se comprendió la gravedad del problema y se iniciaron investigaciones para determinar lo que se conocía como "síndrome de la mujer maltratada".

Fue en la década de 1980 cuando se hicieron esfuerzos por romper las barreras sociales y reconocer el problema en cuestión, al mismo tiempo que se discutía y se examinaban sus alcances, causas y efectos. Allá por el año 1990 aumentaron las investigaciones sobre tácticas de intervención y evaluación de resultados.

2 Objetivos

Explicar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) frente a un caso de maltrato infantil que pudiera ser detectado en los centros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando se trata de abuso infantil el objetivo principal de los profesionales de la salud es:

- Detección, que implica reconocer y localizar un escenario potencial de abuso hacia el menor. Debido a que el incidente puede pasar desapercibido por la privacidad familiar, todo el personal médico y de enfermería, incluidos los TCAES, deben de trabajar para identificar los signos que apuntan a un posible abuso a través de la anamnesis, el examen y la historia social.

Todas las demás instituciones, incluidos los colegios, los servicios de protección infantil, los servicios sociales, la policía, etc., deben coordinar sus esfuerzos con

los profesionales de la salud. Tenemos la obligación legal y ética de informar a esas entidades si los datos recopilados nos llevan a creer que ha habido abuso antes de que podamos tomar cualquier medida.

Cuando buscamos información sobre maltrato infantil, hay una cosa que todos los libros y bases de datos tienen en común: la prevención, que se hace a través de intervenciones dirigidas a la población general con el objetivo de evitar factores de riesgo, y fortalecer los mecanismos de protección.

Es crucial difundir actitudes que valoren a los niños, las mujeres y la paternidad. Proporcionar a los jóvenes recursos de planificación familiar y prevenir embarazos no deseados.

Actualmente, la mayoría de las bases consultadas coinciden en la importancia de actuar con empatía en las consultas cuando se observan prácticas de castigo corporal instauradas de manera inapropiada en la relación entre padres e hijos. Además, es fundamental identificar a las familias en riesgo y mantener el contacto con el servicio de protección infantil. La comunicación con los trabajadores sociales y entre los distintos servicios de la unidad hospitalaria es crucial y va en aumento. La rehabilitación o la cura pueden ayudar a disminuir la duración y la gravedad de los efectos del abuso.

La protección de los menores es primordial porque sin protección se encuentran en una situación de vulnerabilidad y total impotencia. Por este motivo, es fundamental prevenir y corregir situaciones de esta naturaleza para poder asistir a los familiares y al menor afectados, para disminuir la gravedad de las consecuencias, tratar los efectos y prevenir posibles reincidencias.

Se aconseja que los profesionales reciban educación sobre el maltrato infantil y formación en su detección y prevención.

5 Discusión-Conclusión

Existen muchos mitos infundados sobre el abuso infantil que pueden llevar a que muchos hechos no se denuncien, lo que dificulta mucho la detección temprana y retrasa la implementación de medidas de protección para los niños que son víctimas de abusos por parte de sus familiares.

Por esta razón, debemos evitar que ocurran más acontecimientos, que pudieran ser más graves e irreversibles. Hay un gran número de niños que aman a sus padres a pesar del abuso que sufren. Ellos creen que la violencia y los abusos no son incorrectos o no encuentran el modo de denunciar la situación que puedan estar sufriendo.

Los profesionales de los centros de salud son privilegiados para detectar este tipo

de situaciones, por el trato cercano y directo que tiene con los pacientes, por lo que debemos disipar estos mitos y ser objetivos y estar alerta ante posibles signos de abuso.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-maltrato-infantil-en-el-ambito-de-enfermeria/>.

Capítulo 270

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO. REVISION BIBLIOGRÁFICA

MARIA DE LA CRUZ DELGADO

SHEILA ARENAS MARTINEZ

ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA

MARIA DEL PILAR PIÑERO MORAIRA

SONIA LINARES RINCÓN

1 Introducción

Para comenzar esta revisión bibliográfica, es importante hacer un resumen sobre la figura del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), ya que este capítulo va enfocado en su actuación y por ello es necesario conocer en primer lugar quien es el personal tcae y que funciones ejerce de forma genérica. Más adelante entraremos en más profundidad.

Por lo tanto, se puede decir que el personal TCAE es un profesional que pertenece al ámbito sanitario y que ha finalizado los estudios del Grado medio de auxiliar de enfermería.

Sobre las funciones que desempeña el personal TCAE, de forma genérica podemos decir que este personal se va a encargar de hacer los cuidados a los pacientes en todo aquello referente a la alimentación, aseo y movilidad.

También se puede decir que el personal TCAE se puede especializar en ramas muy concretas dentro del ámbito sanitario y así poder lograr un éxito laboral mucho mejor. Algunas de estas ramas pueden ser la enfermería en el trabajo, geriatría o salud mental.

En este capítulo, hablaremos sobre el personal TCAE y su actuación en el servicio de urgencias de un centro hospitalario.

El servicio de urgencias de cualquier centro sanitario se caracteriza por ser uno de los servicios más complicado y que mayor compromiso se precisa por parte del personal sanitario.

Es una zona de trabajo donde se le al personal sanitario que ponga práctica todo lo que sabe, ya que es un área en el que estás en contacto con diferentes patologías e infecciones y en donde el rango de edad de los pacientes es muy amplio.

2 Objetivos

Explicar la actuación del personal TCAE en el servicio de urgencias de un centro hospitalario.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

En el servicio de urgencias puede que necesiten atención médica inmediata varias personas a la vez con diferentes patologías y necesitan hacer un triaje exhaustivo y una atención personalizada dependiendo de lo que les ocurra. Ahí es donde entra el papel del TCAE, que es el personal sanitario que más cerca está del paciente,

en la toma de constantes y primeras impresiones que pueda obtener con la observación del paciente y en el trato con este evaluando la gravedad o urgencia del caso.

Los pacientes serán atendidos por estricto orden de llegada a las urgencias hospitalarias. El TCAE tiene diferentes funciones ya que en el servicio de urgencias se dan todo tipo de patologías, en diferentes grupos de personas por edad, raza, religión, sexo y se ponen en práctica todos los conocimientos que se adquieren tanto en el ciclo formativo, como los conseguidos en años de experiencia, es un servicio bastante complejo y específico.

En Urgencias siempre hay que estar preparado para la actuación de todo el personal sanitario y no sanitario, ya que como sabemos puede ingresar en un momento dado muchos pacientes, lo mismo de accidentes múltiples, que de personas mayores, niños con alguna patología, y todos con urgencia unas mas graves y otras que pueden esperar, para eso esta el sistema de triaje, que debe funcionar perfectamente para que nada quede al azar.

Urgencias es de los servicios hospitalarios mas complejo existe dentro de un hospital por la gran cantidad de especialidades que se requieren y el volumen de trabajo que representa, por ese motivo las TCAE deben estar en constante formación y aprendizaje ya que por ahí entra todo o casi todo lo que después se deriva a las plantas hospitalarias.

5 Discusión-Conclusión

Se puede decir que la profesión de TCAE requiere que el personal que la ejerza tenga vocación para desempeñar esta profesión debido a que la mayoría de su labor va consistir en ayudar a personas con diferentes enfermedades.

El asistir a los pacientes por parte del personal TCAE, requiere tener unas habilidades como pueden ser saber trabajar en equipo o tener una buena capacidad de reacción para poder afrontar cualquier problema que surja de forma repentina con cualquier paciente.

En conclusión, nos damos cuenta del valor que tienen todos el personal sanitario que interviene en este servicio y lo importantes que son desde el personal de limpieza, el personal sanitario, ya que este servicio es complicado y es fundamental que todos los que allí estén involucrados aúnen fuerzas para la máxima agilidad en el servicio y el mejor resultado para el paciente evitando en cualquier caso cometer ningún fallo en los triajes para así no tener que lidiar con reclamaciones innecesarias.

Este servicio está infravalorado y es donde más problemas hay con los pacientes

y familiares de estos, ya que a todos les parece que lo que les ocurre es lo más grave y empiezan a desesperarse.

6 Bibliografía

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

Capítulo 271

LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES ENFERMEROS Y LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARÍA SOFIA PARDO GARCIA

ANA MARIA PORTELA HERNÁNDEZ

MIRELA SÁNCHEZ JO

LARA MOLINA MARTIN

1 Introducción

Las úlceras por presión suponen un importante impacto para cualquier nivel asistencial, ya que ocasionan consecuencias de diferente índole y gran importancia no solo para las personas que las sufren, sino también para los profesionales y las instituciones asistenciales por sus repercusiones económicas y legales.

Por una parte, las úlceras por presión afectan al nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes, reduce su independencia para el autocuidado y son causa de baja autoestima, repercutiendo negativamente en sus familias y cuidadores, ya que son el origen de sufrimientos por dolor y reducción de la esperanza de vida pudiendo llegar incluso a ser causa de muerte. En cuanto al personal sanitario, las úlceras por presión ocasionan un gran aumento de las cargas de trabajo, así como sentimientos de culpa y baja satisfacción profesional por los lentos y

habitualmente malos resultados en sus tratamientos, pudiendo incluso llegar a producir enfrentamientos entre profesionales.

En relación con la dimensión económica del tratamiento de las úlceras por presión, se estima un coste que supone el 5,20% del gasto sanitario de nuestro país. Es obvio que cuanto más evolucionado es el estado de una úlcera por presión, más alargado en el tiempo, grave y costoso es su tratamiento, por lo que se debería considerar de gran urgencia invertir en su prevención, considerando además que el 95% de las úlceras por presión se pueden evitar con medidas preventivas adecuadas.

Por ello, es imprescindible tener a disposición del personal sanitario guías y directrices consensuadas y validadas sobre la prevención de úlceras por presión.

2 Objetivos

- Elaborar unas directrices generales para la prevención de las úlceras por presión en los cuidados de los técnicos auxiliares de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

La prevención de las úlceras por presión debe comenzar por la identificación precoz de los pacientes susceptibles de desarrollar una úlcera por presión utilizando escalas de valoración de riesgo (EVRUPP) a fin de aplicar de forma inmediata las medidas adecuadas.

La utilización de una EVRUPP nos facilitará la identificación del nivel de riesgo global y de los factores de riesgo presentes en ese paciente, orientando la planificación de los planes de prevención, en nuestra unidad hemos decidido usar la Escala Braden- Bergtrom.

Según las directrices Generales sobre Prevención de las úlceras por presión de la GNEAUPP se aplicarán determinadas medidas preventivas de acuerdo con la

valoración del riesgo.

RIESGO BAJO

Para un riesgo bajo incluiremos las siguientes medidas preventivas:

- Aporte nutricional: controlar la ingesta de alimentos, identificar y corregir carencias nutricionales y estimular la ingesta de líquidos.
- Cuidados de la piel: higiene diaria con agua y jabón neutro, realizando un secado minucioso de la piel sin fricción, teniendo especialmente cuidados con los pliegues cutáneos, observar la integridad de la piel mientras se realiza la higiene, aplicar cremas hidratantes o aceite, no utilizar ningún tipo de alcoholes, no realizar masajes directamente sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas.
- Control del exceso de humedad: valorar y tratar los diferentes procesos que pueden originar un exceso de humedad en la piel del paciente, como incontinencia, sudoración profusa, drenajes, etc., mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Cambios posturales: cada 2-3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche, a los pacientes encamados, en periodos de sedestación, se efectuarán movilizaciones frecuentes, aconsejables, horarias. Además, también se evitará el contacto directo de las prominencias óseas entre sí, evitar el arrastre, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.

RIESGO MODERADO

Para un riesgo moderado se aplicarán las mismas medidas preventivas descritas para un riesgo bajo, a las que se le añadirán las siguientes:

- Protección local: en zonas de especial riesgo como son talones, región occipital, codos y sacro. Se recomienda utilizar apósitos hidrocelulares no adhesivos, en combinación con ácidos grasos hiperoxigenados y sistemas tipo botín que permitan su fácil retirada para inspeccionar la zona al menos una vez al día.
- Superficies especiales para el manejo de la presión estáticas: son aquellas diseñadas específicamente para el control de la presión, reduciéndola o aliviándola. Además, se deberá utilizar un cojín con capacidad de reducción de la presión siempre que el paciente esté en sedestación.

RIESGO ALTO

Para un riesgo alto se aplicarán todas las medidas preventivas descritas anteriormente, además de:

- Dispositivos locales para superficies especiales para el manejo de la presión estáticas/ dinámicas con capacidad para reducir la presión: cojines de fibra especiales, colchonetas...

- Dispositivos Generales para superficies especiales de manejo de la presión estáticas/ dinámicas con capacidad para aliviar la presión como colchones alternantes de aire.

5 Discusión-Conclusión

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en las unidades de hospitalización ha estado relacionado con cubrir las necesidades básicas de los pacientes dependientes, tales como: aseo, alimentación, movilización, cambios de dispositivos de incontinencia, etc. Sin embargo, el aumento de conocimientos y competencia con el paso del tiempo y su mayor nivel de compromiso profesional ha desencadenado a que los TCAE sean parte fundamental en la toma de decisiones del equipo de salud como son la prevención y tratamiento de las UPP.

El personal Técnico en Cuidados Auxiliares Enfermeros está obligado a utilizar los diferentes protocolos de prevención y tratamiento, así como a informar al paciente de estos, obtener consentimiento para utilizarlos y dejar todo el proceso reflejado en la historia clínica.

Considero que no solo es esencial nuestra labor asistencial, sino que además tenemos un importante protagonismo a la hora de aportar conocimientos y experiencias al resto de profesionales del equipo de salud mediante sesiones de cuidados y formación, para conseguir un abordaje de equipo multidisciplinar y así cubrir todas las necesidades biopsicosociales del paciente.

6 Bibliografía

1. García Fernández, F. P., Pancorbo Hidalgo, P. L., Soldevilla Ágreda, J. J., & Blasco García, C. (2008). Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. *Gerokomos*, 19(3), 136-144.
2. Arcos Díaz-Fuentes, M., Barbero López, M., DÍAZ PIZARRO, J. M. D., GARCÍA GARCÍA, J. D., GARCÍA SÁNCHEZ, Á. S. D., & Jiménez Jiménez, M. (2007). Protocolo de actuación en úlceras por presión.
3. Abad R, Gutiérrez A, Ubis A. Gestión de cuidados de enfermería; manual de usuario OsaNAIA. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza, Subdirección de Enfermería; 2013.
4. Arboledas J. Development and Validation of an Instrument to Measure knowledge of family caregivers in pressure ulcer prevention. 2012;27(5):522-36.

5. Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño 2003.

Capítulo 272

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL INTENTO DE AUTÓLISIS

MARÍA NOELIA PLEITE PANIAGUA

LARA RAMOS SANCHEZ

BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ

CRISTINA ISABEL HERNANDEZ ARJONA

MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ

1 Introducción

El intento de autólisis, también conocido como intento de suicidio, es un acto deliberado por parte de una persona de causarse daño físico con la intención de poner fin a su propia vida. Este comportamiento es un indicador de un profundo sufrimiento emocional y psicológico, y es una preocupación grave para la salud pública y la atención médica.

Los intentos de autólisis pueden variar en gravedad, desde gestos o actos impulsivos con baja probabilidad de letalidad hasta intentos más serios que ponen en riesgo la vida del individuo. Los métodos utilizados pueden incluir la ingestión

de sustancias tóxicas, el uso de armas o instrumentos cortantes, la sobredosis de medicamentos, la asfixia y otros métodos autolesivos.

Es importante destacar que los intentos de autólisis son una señal de que la persona está experimentando una profunda desesperación y angustia emocional. Estos actos son una manifestación extrema de su sufrimiento y pueden estar relacionados con trastornos de salud mental, como la depresión, la ansiedad, el trastorno bipolar o la esquizofrenia, entre otros.

La prevención y el abordaje de los intentos de autólisis son esenciales. Las personas que han intentado hacerse daño a sí mismas necesitan atención médica y apoyo psicológico inmediato. Además, es fundamental promover la conciencia sobre la salud mental y eliminar el estigma asociado a las enfermedades mentales, para que aquellos que están luchando con problemas emocionales puedan buscar ayuda sin temor al juicio.

El intento de autólisis es un acto deliberado de dañarse a uno mismo con la intención de poner fin a la vida. Es un síntoma de un profundo sufrimiento emocional y una señal de que la persona necesita atención médica y apoyo psicológico. La prevención y la sensibilización son fundamentales para abordar este grave problema de salud pública.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante un paciente con intento de autólisis.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en un intento de autólisis (intentos de suicidio) de un paciente es crucial para brindar atención inmediata y apoyo emocional. Abordar esta situación de manera efectiva es esencial para salvar vidas y ayudar a los pacientes a superar su desesperación. Aquí se describen algunas de las funciones clave del TCAE en esta situación:

Evaluación de la situación: El TCAE debe evaluar la gravedad del intento de autólisis y la condición física del paciente. Esto incluye verificar la presencia de lesiones, sangrado o cualquier otra señal de daño autoinfligido.

Contacto con el personal médico: Inmediatamente después de la evaluación inicial, el TCAE debe ponerse en contacto con el personal médico para informar sobre la situación y buscar orientación sobre los pasos a seguir.

Mantener la calma: El TCAE debe mantener la calma y transmitir tranquilidad al paciente. La empatía y la comprensión son esenciales para establecer una conexión de confianza en esta situación crítica.

Supervisión constante: Mientras se espera la llegada del personal médico, el TCAE debe mantener una supervisión constante del paciente para garantizar su seguridad y prevenir cualquier intento adicional de autólisis.

Comunicación efectiva: Escuchar al paciente de manera activa y respetuosa es importante. El TCAE debe permitir que el paciente se exprese y comparta sus sentimientos y preocupaciones.

Apoyo emocional: Brindar apoyo emocional al paciente es esencial. A menudo, las personas que intentan hacerse daño a sí mismas están lidiando con un profundo sufrimiento emocional, y la compasión puede ser un factor importante para su recuperación.

Acompañamiento al personal de salud: Durante la atención médica, el TCAE puede ser requerido para asistir al personal de salud en la realización de procedimientos médicos o administración de medicamentos.

Documentación precisa: Es crucial que el TCAE documente de manera precisa todos los detalles relacionados con el intento de autólisis, incluyendo la hora, la descripción de las lesiones y cualquier información relevante sobre el paciente.

Coordinación con el equipo de salud mental: Después del tratamiento inicial, el TCAE puede coordinar la derivación del paciente a profesionales de salud mental para una evaluación y apoyo continuo.

Seguimiento y apoyo continuo: El TCAE puede desempeñar un papel en el seguimiento y el apoyo a largo plazo del paciente, ayudándolo a acceder a servicios de salud mental y garantizando que reciba el cuidado adecuado.

El TCAE tiene un papel crucial en la atención de pacientes después de un intento de autólisis, brindando atención inmediata, apoyo emocional y coordinación con el equipo de salud mental para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente. La empatía y la profesionalidad son fundamentales en esta situación delicada y crítica.

5 Discusión-Conclusión

En situaciones donde un paciente intenta la autólisis, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe actuar con rapidez y calma. La recomendación principal es priorizar la seguridad del paciente. Es fundamental evitar el acceso a cualquier medio o sustancia que pueda causar daño y, si es posible, retirar inmediatamente objetos peligrosos del entorno.

La empatía y la comunicación efectiva son esenciales. Escuchar al paciente con atención, sin juzgar, y mostrar comprensión hacia su angustia puede ayudar a establecer un vínculo de confianza. Además, el TCAE debe notificar de inmediato al personal médico o a los servicios de emergencia para que evalúen la situación y tomen las medidas necesarias. Durante todo el proceso, el TCAE debe mantener la calma y proporcionar apoyo emocional, recordando que el paciente está pasando por un momento extremadamente difícil. La colaboración con el equipo de atención médica y la coordinación para la atención y el seguimiento adecuados son cruciales para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. Rivera, F. J. G., Herrero, I. N., Paniza, S. A. R., Pedrosa, E. A. F., Valenzuela, L. P. P., & Capote, M. E. R. (2021). Caso clínico. Proceso de atención de enfermería para un paciente con intento de autólisis. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11), 104.

Capítulo 273

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL ENFERMO CON ALZHEIMER

MARÍA NOELIA PLEITE PANIAGUA

LARA RAMOS SANCHEZ

BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ

CRISTINA ISABEL HERNANDEZ ARJONA

MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ

1 Introducción

El término "enfermo de Alzheimer" se refiere a una persona que padece la enfermedad de Alzheimer, una enfermedad neurodegenerativa progresiva y crónica que afecta principalmente la memoria, el pensamiento y la capacidad de llevar a cabo actividades diarias. Esta enfermedad es la forma más común de demencia y afecta a millones de personas en todo el mundo.

Los enfermos de Alzheimer experimentan una serie de síntomas, que incluyen la pérdida de memoria a corto plazo, la desorientación en tiempo y espacio, la dificultad para encontrar palabras y comunicarse, cambios en la personalidad y el comportamiento, así como dificultades en la realización de tareas cotidianas como vestirse o comer de forma autónoma.

A medida que la enfermedad avanza, los enfermos de Alzheimer pueden volverse cada vez más dependientes de la ayuda de cuidadores y familiares. La atención a estas personas requiere paciencia, comprensión y un enfoque centrado en la calidad de vida. Los cuidadores deben adaptarse a las necesidades cambiantes de la persona afectada y brindar apoyo emocional, así como asegurarse de que el entorno sea seguro y que se cumplan las necesidades básicas, como la alimentación y la higiene.

A pesar de los desafíos que presenta el Alzheimer, es importante destacar que cada persona es única y puede experimentar la enfermedad de manera diferente. Aunque no existe una cura, existen tratamientos y enfoques de atención que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer y sus familias. Además, la investigación continúa avanzando en la búsqueda de tratamientos más efectivos y, eventualmente, una cura para esta enfermedad devastadora.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con el paciente enfermo de Alzheimer.

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 crucial en la atención a los enfermos de Alzheimer, una enfermedad neurodegenerativa que afecta la memoria y las capacidades cognitivas. Las funciones del TCAE en el cuidado de pacientes con Alzheimer son variadas y esenciales para proporcionar una atención de calidad. Aquí se destacan algunas de sus funciones clave:

- Apoyo emocional: Los enfermos de Alzheimer pueden experimentar frustración, ansiedad y confusión debido a la pérdida de memoria y la desorientación. El

TCAE ofrece apoyo emocional, proporcionando consuelo y tranquilidad a los pacientes.

- Asistencia en actividades de la vida diaria: Ayudar en la higiene personal, la alimentación, la vestimenta y la movilización es fundamental. Los pacientes con Alzheimer pueden tener dificultades para llevar a cabo estas actividades de manera independiente.
- Observación y registro: El TCAE observa y registra cambios en el estado de ánimo, el comportamiento y la salud del paciente. Esta información es valiosa para el equipo de atención médica y puede ayudar a ajustar el plan de cuidados.
- Seguridad: Garantizar un entorno seguro es crucial. Esto implica prevenir caídas, supervisar la toma de medicamentos y eliminar posibles riesgos en el hogar o en el entorno de atención.
- Estimulación cognitiva: Proporcionar actividades que estimulen la mente del paciente, como rompecabezas o juegos de memoria, puede ayudar a mantener las capacidades cognitivas y retrasar la progresión de la enfermedad.
- Comunicación efectiva: Adaptar la comunicación a las capacidades del paciente es esencial. Usar lenguaje claro y sencillo, ser paciente y dar tiempo al paciente para responder son prácticas útiles.
- Colaboración con el equipo de atención: Trabajar en estrecha colaboración con enfermeros, médicos y terapeutas es necesario para proporcionar una atención integral. El TCAE comunica cambios en el paciente y recibe orientación sobre el plan de cuidados.
- Apoyo a la familia: Brindar apoyo y educación a los familiares es crucial. La enfermedad de Alzheimer afecta no solo al paciente, sino también a sus seres queridos, y el TCAE puede proporcionar orientación y recursos.
- Prevención de la agitación y el comportamiento problemático: El TCAE puede implementar estrategias para prevenir o manejar la agitación y el comportamiento disruptivo que a veces se observa en pacientes con Alzheimer.

El TCAE desempeña un papel fundamental en la atención a pacientes con Alzheimer, proporcionando apoyo emocional, asistencia en actividades diarias, observación y colaboración con el equipo de atención. Su enfoque en la seguridad, el bienestar y la comodidad del paciente es esencial para brindar una atención de calidad a aquellos que luchan contra esta enfermedad neurodegenerativa.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para un buen tratamiento del enfermo de Alzheimer por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE)

es la paciencia y la empatía. La enfermedad de Alzheimer puede ser frustrante y confusa tanto para el paciente como para sus cuidadores, y es esencial abordar al paciente con comprensión y calma. Escuchar con atención, darle tiempo al paciente para comunicarse y mostrar empatía ante sus desafíos pueden reducir la ansiedad y el estrés.

Además, la comunicación efectiva con el equipo de atención y los familiares es esencial. El TCAE debe estar dispuesto a compartir información relevante sobre el paciente y colaborar estrechamente con otros profesionales de la salud. La coordinación y el trabajo en equipo son clave para proporcionar una atención integral y mejorar la calidad de vida del enfermo de Alzheimer. En conjunto, la paciencia, la empatía y la comunicación son herramientas esenciales para un tratamiento exitoso y el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. Méndez, S. F., & García, A. G. (2019). Adaptaciones del entorno y de las actividades de la vida diaria en enfermos con Alzheimer desde terapia ocupacional. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 16(30), 265-271.

Capítulo 274

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CRÓNICO

MARÍA NOELIA PLEITE PANIAGUA

LARA RAMOS SANCHEZ

BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ

CRISTINA ISABEL HERNANDEZ ARJONA

MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ

1 Introducción

Un enfermo crónico, también conocido como paciente crónico, es una persona que padece una enfermedad crónica. Las enfermedades crónicas son afecciones de salud que persisten durante un período prolongado y generalmente no tienen una cura completa. En lugar de eso, requieren atención y manejo a lo largo de la vida del paciente.

Las enfermedades crónicas pueden abarcar una amplia gama de condiciones médicas, como la diabetes, la hipertensión arterial, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la artritis, el asma, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, entre muchas otras. Estas condiciones suelen requerir tratamiento

médico continuo, cambios en el estilo de vida y seguimiento constante para mantener la salud y prevenir complicaciones.

Los enfermos crónicos enfrentan desafíos específicos en su atención médica, ya que deben aprender a manejar su enfermedad a largo plazo, seguir un plan de tratamiento, controlar sus síntomas y, a menudo, adaptar su estilo de vida para mantener una buena calidad de vida. Además, pueden requerir atención médica regular y visitas a especialistas para monitorear su enfermedad y ajustar el tratamiento según sea necesario.

Es importante destacar que las enfermedades crónicas no solo afectan la salud física, sino que también pueden tener un impacto significativo en la salud emocional y mental de la persona. Por lo tanto, es esencial brindar un enfoque integral de atención que aborde no solo los aspectos médicos, sino también las necesidades emocionales y psicológicas de los enfermos crónicos para mejorar su bienestar general.

2 Objetivos

-Describir las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el paciente crónico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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) juega un papel fundamental en el cuidado de los pacientes crónicos, quienes padecen enfermedades a largo plazo que requieren atención constante. Las funciones del TCAE en el cuidado de los enfermos crónicos son variadas y esenciales para garantizar una buena calidad de vida y prevenir complicaciones. A continuación, se describen algunas de sus funciones clave:

Monitorización de signos vitales: El TCAE registra y monitoriza regularmente los signos vitales del paciente, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura. Esto proporciona información importante sobre la estabilidad de su condición y ayuda a detectar cambios significativos.

Administración de medicamentos: En muchos casos, los pacientes crónicos requieren medicamentos de forma regular. El TCAE es responsable de administrar los medicamentos según las prescripciones médicas, asegurando la adherencia al tratamiento.

Asistencia en actividades de la vida diaria: Los enfermos crónicos pueden tener dificultades para llevar a cabo tareas cotidianas, como el aseo personal, la movilidad o la alimentación. El TCAE brinda asistencia en estas actividades para promover la autonomía y la calidad de vida.

Educación al paciente: El TCAE proporciona información al paciente sobre su enfermedad, el manejo de síntomas y el cumplimiento del tratamiento. La educación es esencial para empoderar al paciente en el autocuidado.

Prevención de complicaciones: Los pacientes crónicos son propensos a complicaciones relacionadas con su enfermedad. El TCAE desempeña un papel crucial en la prevención de estas complicaciones, como úlceras por presión, infecciones o descompensaciones.

Soporte emocional: Vivir con una enfermedad crónica puede ser emocionalmente desafiante. El TCAE ofrece apoyo emocional al paciente, escuchando sus preocupaciones y proporcionando consuelo.

Comunicación con el equipo de atención: El TCAE se comunica con enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud para informar sobre el estado del paciente y recibir orientación sobre el plan de cuidados. La colaboración es esencial para una atención integral.

Registro y documentación: El TCAE mantiene registros precisos de las intervenciones y cambios en el estado del paciente. Esto es crucial para el seguimiento de su progreso y la toma de decisiones médicas.

Fomentar el autocuidado: El TCAE promueve la independencia del paciente al alentar la participación activa en su propio cuidado, siguiendo pautas de autocuidado y adoptando un estilo de vida saludable.

Adaptación a las necesidades cambiantes: Las condiciones de los pacientes crónicos pueden variar con el tiempo. El TCAE debe ser flexible y capaz de adaptarse a las necesidades cambiantes del paciente y su evolución médica.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para un buen tratamiento del enfermo crónico, por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), es la empatía y la promoción del autocuidado. Es esencial comprender las necesidades y los desafíos específicos que enfrenta cada paciente y brindar apoyo emocional. Escuchar con atención, responder a sus preguntas y preocupaciones, y fomentar su participación activa en su propio cuidado son prácticas clave.

Además, la comunicación efectiva con el equipo de atención médica y la documentación precisa de las intervenciones realizadas son esenciales para garantizar una atención coordinada y segura. El TCAE también debe estar actualizado en las pautas de tratamiento y cuidado relacionadas con las enfermedades crónicas para brindar la mejor atención posible. En conjunto, la empatía, el fomento del autocuidado y la comunicación son herramientas esenciales para el bienestar y la calidad de vida de los enfermos crónicos, contribuyendo significativamente a su manejo y tratamiento.

6 Bibliografía

1. Paredes, C. S. G., Aguaded-Ramírez, E., & Santos-Gómez, M. (2021). Cómo gestionar el sufrimiento a través de la inteligencia emocional en enfermos crónicos y terminales. *Journal of Sport and Health Research*, 13(3), 525-542.

Capítulo 275

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS LOS CUIDADOS DEL PACIENTE FALLECIDO

MIGUEL QUINTANILLA PICAZO

MARÍA PIEDRASANTAS MOYA MOLINA

BLANCA VALVERDE LEIVA

VERONICA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

HELENA MARÍN LOZANO

1 Introducción

La atención brindada a un paciente poco después de su muerte se denomina atención post mortem. La rápida respuesta del equipo médico es crucial porque los primeros signos de rigidez comenzarán a manifestarse en el paciente fallecido al poco tiempo, dificultando la tarea de los profesionales.

El término "muerte" se utiliza con frecuencia en la industria de la salud para referirse al fallecimiento de un paciente; se puede encontrar en los informes de defunción y en los registros oficiales, por lo que cualquiera que trabaje con un paciente fallecido debe estar familiarizado con esta idea.

El equipo de enfermería llamará inmediatamente al médico del paciente o al médico de guardia cuando un familiar de un paciente llame para informar que su

ser querido no respira. El equipo de enfermería también realizará un electrocardiograma para comprobar la actividad cardíaca del paciente. Si no hay respuesta cardíaca, el cuerpo del fallecido no puede prepararse hasta que el médico haya certificado su muerte.

Antes de realizar un electrocardiograma, es importante buscar algunos síntomas que indiquen el fallecimiento:

- Cese de la respiración.
- Verificar las salidas de aire de la boca y la nariz.
- No hay pulso presente.
- Falta de sensibilidad en la piel.

2 Objetivos

- Detallar las actuaciones y funciones realizadas por el técnico auxiliar de cuidados de enfermería durante el amortajamiento de los pacientes.

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 han realizado búsquedas sistemáticas de artículos en las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, y se han elegido artículos científicos de publicaciones académicas examinadas.

4 Resultados

Una vez que el paciente ha fallecido y el profesional médico ha certificado su muerte, se prepara el cuerpo para que la funeraria pueda transportarlo para el velorio, entierro o cremación así como, de ser necesario, una autopsia.

Tan pronto como el paciente fallece, comienzan a surgir signos post-mortem, lo que dificulta envolver al fallecido. Es fundamental actuar con rapidez.

Los indicadores post mortem a tener en cuenta son:

- Algor mortis, también conocido como enfriamiento del cuerpo.
- Rigor mortis, también conocido como rigidez del cadáver.
- Livor mortis, también conocido como manifestación de lividez.
- La descomposición del cadáver. Los órganos y tejidos del cadáver en descomposición producen olores desagradables.

Se necesitará la asistencia del equipo de emergencia para realizar el sudario al paciente fallecido. Enfermería, TCAE y personal subalterno son los encargados de realizar por sí solos las funciones de acuerdo con sus respectivas categorías profesionales de poseer las competencias necesarias para el desempeño de funciones propias de otra categoría profesional.

Hay algunas tareas preparatorias que se deben completar para facilitar el proceso de cobertura más adelante.

- Explique a los miembros de la familia que deberán salir de la habitación y esperar en la sala de espera para que los procedimientos post mortem se puedan realizar en completo secreto.
- Para mostrar respeto por el difunto y su familia, se le pedirá al compañero de habitación del difunto que abandone la habitación si puede hacerlo durante el entierro.
- A todos los pacientes y familiares que esperan en el pasillo se les pedirá que entren a las habitaciones cuando se transfiera al difunto, eliminando cualquier posible distracción y mostrando más respeto a la familia del difunto.
- Compartir sus sentimientos y los de los familiares y seres queridos del difunto.

5 Discusión-Conclusión

La prueba aportada anteriormente en este capítulo académico titulado “El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería durante la Atención Post mortem del Paciente Fallecido”. Las funciones de los TCAE a la vez que amortajan.

El conjunto del equipo, incluido el técnico auxiliar de cuidados de enfermería, debe atender las necesidades de los familiares y acompañantes para mostrar su apoyo en estos momentos difíciles. Es importante tener en cuenta que cuando un paciente fallece es uno de los momentos más difíciles para sus familiares. Sin embargo, el paciente debe ser tratado con respeto y dignidad durante el sudario para poder mostrar el mismo respeto a los seres queridos del difunto.

6 Bibliografía

1. <https://dialnet.unirioja.es/>
2. Pubmed

Capítulo 276

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES ANTE EL PARTO

MIGUEL QUINTANILLA PICAZO

MARÍA PIEDRASANTAS MOYA MOLINA

BLANCA VALVERDE LEIVA

VERONICA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

HELENA MARÍN LOZANO

1 Introducción

La atención obstétrica trabaja para proteger la salud de la madre durante el embarazo con el fin de fomentar un desarrollo adecuado y preciso. La asistencia de la madre lo antes posible es crucial para un control eficaz del embarazo a la cita obstétrica y programar citas periódicas.

Las funciones de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) son asistir y apoyar al resto de miembros del equipo médico, como médicos y personal de enfermería. También debe cumplir otros requisitos además de los de estos profesionales.

Sus funciones también se centrarán en preparar a la paciente. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería pueden trabajar en diversos servicios y

unidades, pero en este caso sólo estarán cubiertas las tareas que realizan en el ámbito de la obstetricia.

Debemos enfatizar la importancia de brindar a los pacientes suficiente apoyo psicológico cuando se habla de atención ginecológica y obstétrica.

2 Objetivos

Explicar las funciones que desempeñan los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería en obstetricia.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) que esté ayudando en un parto deberá:

- Trabajar con el resto del equipo para ayudar y colaborar.
- Preparar a la futura mujer vistiéndola y desnudándola.
- Trasladar la cama de la embarazada.
- Ser el encargado de colocar y retirar las cuñas así como de higienizarlo.
- Montar la mesa de entrega y preparar las herramientas (limpieza y desinfección).
- Brindar asistencia al médico especialista durante el parto.

Una vez que la paciente ha dado a luz:

- Alternar las sábanas, toallas sanitarias y ropa de la futura madre según sea necesario.
- Recogida y mantenimiento de los instrumentos.
- Preparar la mesa del bebé.
- Enviar a esterilización todos los instrumentos usados.
- Entregar al bebé una pulsera identificativa con el nombre y apellido de la madre, la hora y fecha del parto y el sexo del bebé.

Tras el parto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería llevará tanto a la madre como al recién nacido a la habitación, donde recibirán todos los cuidados necesarios para su máximo confort.

La habitación debe tener una temperatura agradable para el cuerpo del bebé, entre 22 y 25 grados centígrados. Para garantizar su comodidad y bienestar se les brindará alimentación, consejos de lactancia, recién nacido higiene e higiene íntima de la parturienta. Además, deberá comunicar cualquier incidencia al personal de enfermería que esté de guardia.

A estas funciones se suman las funciones administrativas de los TCAE, como la actualización y archivo de las historias clínicas de los pacientes. Trabajar en este campo es difícil, dado el carácter privado y confidencial de los procedimientos, personal médico y sobre todo de las pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas que realiza el TCAE en este ámbito son fundamentales para el equipo médico, para la preparación del parto y para los cuidados brindados a la madre y al recién nacido tras el parto. Dado que estos se realizan antes, durante y después de cada asistencia, realizan una variedad de tareas.

El paciente puede sentirse seguro en el TCAE debido a su estilo de comunicación activa, empatía y otras cualidades. Los pacientes se sentirán mejor y el trabajo durante los procesos más complicados será mucho más fácil se sienten más cómodos en este entorno, que normalmente exige más privacidad.

6 Bibliografía

1. <https://dialnet.unirioja.es/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 277

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS ENEMAS

MIGUEL QUINTANILLA PICAZO

MARÍA PIEDRASANTAS MOYA MOLINA

BLANCA VALVERDE LEIVA

VERONICA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

HELENA MARÍN LOZANO

1 Introducción

Un líquido o solución que se administra al cuerpo a través del intestino grueso o el recto se conoce como enema.

Dependiendo del motivo de su administración, los enemas se pueden utilizar para diversos fines; los más habituales son diagnóstico dietético, entrada de medicamentos, limpieza, etc.

Dado que el estreñimiento es la razón principal de su uso en hogares de ancianos, los enemas se administran con frecuencia a pacientes hospitalizados y residentes de edad avanzada. Los enemas son otro tipo de procedimiento de limpieza disponible en los hospitales.

El estreñimiento es la incapacidad del cuerpo para expulsar las heces con normalidad o una reducción en la frecuencia de dichas expulsiones.

Los enemas no deben administrarse, sin embargo, en las siguientes circunstancias: inmediatamente después de cirugías abdominales o perineales, si tiene patologías de la zona terminal del intestino grueso (por ejemplo, hemorroides), o si tiene apendicitis o sospecha de que hacer.

Aunque está bajo la supervisión de una enfermera, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es la principal figura de autoridad y responsable de la administración de enemas en el ámbito médico.

Los TCAE son los encargados de introducir los enemas, aunque debe realizarse bajo la orientación del personal de enfermería.

2 Objetivos

- Exponer los distintos tipos de enemas que existen es el objetivo principal.
- Describir las funciones del auxiliar de enfermería en la administración de enemas.

3 Metodología

Para preparar este trabajo se realizó una revisión bibliográfica consultando las principales bases de datos, incluidas Google Academic, PubMed, Scielo y el programa de estudios de la séptima edición de McGraw-Hill Nursing Assistant. Además, se han consultado artículos sobre el tema.

4 Resultados

Los diferentes tipos de enemas se discutirán a continuación.

Dependiendo de si se utilizan para expulsar o retener, los enemas se pueden dividir en dos categorías.

- Enemas de evacuación o limpieza: el objetivo principal de este enema es eliminar los desechos del colon y recto. Las membranas mucosas que recubren las superficies de estos espacios se irritan y se estiran según su modo de acción. Lo hace mediante.

La estimulación del peristaltismo facilita la evacuación.

Para este tipo de enemas se pueden utilizar soluciones caseras como agua salada, agua con glicerina, agua con aceite y agua con jabón. Las administraciones disponibles comercialmente incluyen el enema Duphalac a base de lactulosa y el enema Casen a base de fosfato disódico y monohidrato de fosfato monosódico.

Estos enemas se aplican a una temperatura de aproximadamente 37°C y el paciente debe mantenerla durante 5 a 10 minutos. Se deben administrar de 500 a 1500 ml para los enemas caseros, en comparación con 250 ml para los enemas comerciales.

Se necesitará un tanque, un tubo de goma y una llave, además de la sonda rectal y otras herramientas. También se debe utilizar una colchoneta y una cuña.

- Enemas de retención: Como su nombre indica, el paciente debe aguantar este tipo de enema durante al menos 30 minutos. Podemos encontrar los siguientes artículos en esta categoría:

1. El aceite, normalmente de oliva, es el ingrediente principal de este tipo de enema, que tiene la El objetivo principal es ablandar las heces y proteger la mucosa del recto y el ano. Debe administrarse a una temperatura de 37 °C 200 ml es la cantidad máxima permitida. Las principales indicaciones para realizar este tipo de enema son fecalomas, hemorroides o estreñimiento crónico del paciente.

2. Enema medicado: este enema se usa para tratar medicamentos administrados por vía rectal. Cuando la administración oral no es apropiada y se requiere primero un enema de limpieza, se utiliza esta vía. 180 mililitros es el máximo permitido. Estos enemas incluyen sedantes, anestésicos y otros medicamentos.

3. Enema alimentario: Este enema sólo se utiliza cuando las otras vías (oral y parenteral) están contraindicadas; la cantidad a administrar no será superior a 180 mililitros, y al igual que en la situación anterior se deberá utilizar un enema de limpieza.

4. Antes de someter a un paciente a un examen radiológico, se administra un enema opaco por motivos de diagnóstico. Se requiere limpieza rectal, al igual que en los casos anteriores.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE son los encargados de introducir los enemas, aunque debe realizarse bajo la orientación del personal de enfermería. En consecuencia, deben tener todas las habilidades y conocimientos necesarios a nivel práctico y teórico para su correcto uso y aplicación, sin confundirse entre los distintos tipos de enemas y especialmente sus cantidades y las contraindicaciones existentes para su uso en el ámbito sanitario.

Durante la estancia hospitalaria del paciente, así como durante la administración del enema, el TCAE tendrá el contacto más directo con el paciente. Debe observar de cerca todo el procedimiento para poder comprender el estado del paciente en todo momento la técnica y los cambios posteriores del paciente para poder

reaccionar ante posibles incidencias y contactar con un médico si fuera necesario.

6 Bibliografía

1. Revista. (2021). Funciones del TCAE en la aplicación de un enema de limpieza.
2. <https://dialnet.unirioja.es/>.

Capítulo 278

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO

MARÍA JESÚS GARCÍA IGLESIAS

VANESA ALVAREZ SOMIEDO

1 Introducción

Un hospital de día oncológico es la unidad que se encarga de dar los tratamientos especializados a pacientes con cáncer (radioterapia, quimioterapia) sin que estos tengan que permanecer hospitalizados y de esta manera puedan irse a casa en el mismo día del tratamiento.

En los años 70 nació la idea de crear un nuevo concepto de hospital donde los pacientes que necesiten estos tratamientos para combatir esta enfermedad y que en la mayoría de las veces su administración suele conllevar permanecer allí varias horas. Por ello se busca que se sientan en un entorno lo más acogedor posible y que solo estén el tiempo indispensable en el hospital para administración del tratamiento; lo que esto repercutirá positivamente en una mejor calidad de vida.

La unidad de enfermería tendrá como objetivo o meta en un hospital de día oncológico es que la atención sea lo mejor posible, respondiendo todo el material necesario para el tratamiento de todas las personas que precisan de esta unidad, pero no solo a nivel material sino también a nivel personal.

No debemos de confundir lo que es un hospital de día con un centro de día. En un hospital de día las atenciones recibidas por los pacientes serían las mismas que si necesitasen permanecer hospitalizados, con la ventaja de que al final la sesión de tratamiento podrán volver a su domicilio; si no existieran estos hospitales los pacientes tendrían que permanecer ingresados para realizar el tratamiento; pero, por el contrario, si hablamos de los centros de día las personas que están allí no están solo para recibir un tratamiento, sino que se les atienden otras necesidades y está orientado a personas que no precisan una asistencia continua.

Existen varios hospitales de día aparte del hospital de día oncológico, como pueden ser el hospital de día quirúrgico, hospital de día psiquiátrico, entre muchos más.

2 Objetivos

Exponer con detalle algunas de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en un hospital de día oncológico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tienen bien delimitadas sus competencias dentro del hospital de día, unas de sus funciones es auxiliar al equipo de enfermería en los cuidados que prestan a los pacientes, también deben de estar pendientes de que todo el material a utilizar este en su lugar que no falte ninguno y clasificado así como elaborar la agenda de trabajo para que los pacientes estén bien citados y no haya ninguna equivocación.

Por lo que el TCAE tiene que:

- Dar fecha y hora para la consulta oncológica y organizar la agenda.
- Gestionar las llamadas telefónicas.

- Auxiliar al personal de enfermería en lo que este precise, ya sea atender al paciente como darle material necesario para las curas.
 - El material debe de estar siempre en perfecto estado y organizado (los carros de trabajo, así como la lencería, fármacos, etc.).
 - Realizar la toma de constantes, así como usar tiras de orina para algunos pacientes con tratamientos específicos citotóxicos.
 - Reponer o colocar los humidificadores necesarios.
 - Ocuparse de solicitar a personal de cocina comida como bocadillos, algún tipo de zumo, algún lácteo, etc.
 - Cuando llegue el material de reposición (medicamentos, lencería, etc.), se debe de colocar en sus lugares para tal efecto.
 - El lugar de trabajo una vez sea usado debe de quedar totalmente recogido y limpio para los siguientes pacientes.
 - Se debe de revisar junto con personal de enfermería el carro de paradas.
 - Auxiliar al enfermero o médico en realizar algunas pruebas de diagnóstico.
 - Apoyar en todas las tareas que se desarrollan habitual u ocasionalmente.
- Deben de estar listos los historiales médicos de los pacientes que hoy van consulta.
- El acompañamiento del paciente en todo momento es muy importante, ya sea en su llegada al centro, mientras está siendo tratado, como en la marcha a su domicilio

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se confirma que el trabajo en equipo es algo básico y totalmente primordial para el buen funcionamiento de un hospital de día oncológico y con esto daremos la mejor atención a nuestros pacientes.

El trabajo de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería tienen como meta u objetivo que la estancia a los pacientes con tratamiento para el cáncer en los hospitales de día oncológicos debe de ser lo más correcta, cercana y atenta que podamos ofrecer, así como auxiliar a personal de enfermería o al personal médico que lo precise. En estos detalles es donde queda reflejado el buen trabajo y funcionamiento de estos hospitales.

6 Bibliografía

1. Revistamedica.com.
2. Prezi.com.

3. Conviveconelcancer.com.

Capítulo 279

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD MENTAL EN MUJERES EMBARAZADAS

VANESA SALMON HERAS

MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN

SAGRARIO PEREZ HERNANDEZ

MARINA SANCHEZ ACEITUNO

MARIA TAMARA SANCHEZ POLO

1 Introducción

La enfermedad mental en mujeres embarazadas es un tema de preocupación debido a los desafíos que puede plantear tanto para la madre como para el feto. Durante el embarazo, las mujeres pueden enfrentar afecciones de salud mental, como la depresión, la ansiedad, los trastornos alimentarios y otros problemas emocionales. Estas condiciones pueden tener un impacto significativo en la salud materna y en el desarrollo del bebé.

La depresión y la ansiedad son dos de las enfermedades mentales más comunes durante el embarazo. Pueden afectar la calidad de vida de la madre, su capacidad para cuidarse a sí misma y su relación con el bebé. Además, existe una asociación entre la depresión materna no tratada y un mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer.

Es crucial que las mujeres embarazadas reciban apoyo y tratamiento adecuados si experimentan problemas de salud mental. Esto puede incluir terapia psicológica, medicamentos bajo supervisión médica y la participación en grupos de apoyo. La atención prenatal debe ser integral e incluir evaluaciones de salud mental para identificar cualquier problema a tiempo y brindar la atención necesaria.

La detección temprana y el tratamiento adecuado de las enfermedades mentales en mujeres embarazadas son fundamentales para garantizar la salud de la madre y el bebé. La atención médica, el apoyo emocional y el acceso a servicios de salud mental de calidad desempeñan un papel vital en la prevención y el manejo de estas condiciones durante el embarazo.

2 Objetivos

- Describir funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en el cuidado y el apoyo de las mujeres embarazadas que enfrentan enfermedades mentales. Aquí se describen algunas de las funciones clave del TCAE en este contexto:

Evaluación inicial: El TCAE puede ser el primero en interactuar con la paciente

embarazada. Su función inicial es realizar una evaluación cuidadosa de su estado emocional y mental. Esto implica escuchar atentamente sus preocupaciones, observar signos de angustia emocional y comunicar cualquier hallazgo al personal médico o de enfermería para su evaluación y planificación de atención.

Apoyo emocional: El apoyo emocional es fundamental. El TCAE debe proporcionar un ambiente de apoyo y comprensión para la paciente. Esto incluye escuchar activamente, brindar consuelo y ofrecer palabras de aliento. Un enfoque empático puede reducir la ansiedad y el estrés de la paciente.

Colaboración en el plan de atención: El TCAE trabaja en estrecha colaboración con el equipo de atención médica y de enfermería en el desarrollo y la implementación del plan de atención. Esto puede incluir la administración de medicamentos recetados y terapias, y la observación de cualquier efecto secundario o cambios en la respuesta al tratamiento.

Observación continua: El TCAE debe mantener una observación continua de la paciente para identificar signos de deterioro o crisis emocionales. Es importante comunicar inmediatamente cualquier cambio en el comportamiento o el estado de ánimo de la paciente al personal de enfermería o médico para una intervención oportuna.

Educación y apoyo en autocuidado: Proporcionar educación sobre estrategias de autocuidado es esencial. El TCAE puede enseñar técnicas de manejo del estrés, hábitos de sueño saludables y fomentar la adhesión al tratamiento recetado.

Promoción de la lactancia materna: Si la paciente decide amamantar, el TCAE puede ofrecer apoyo y educación sobre la lactancia materna, que puede tener beneficios significativos tanto para la madre como para el bebé.

Comunicación y registro: El TCAE debe mantener registros precisos de la evolución de la paciente, incluyendo cambios en su salud mental y emocional. La comunicación efectiva con el equipo de atención es esencial para una atención coordinada.

El TCAE desempeña un papel integral en el cuidado de mujeres embarazadas que enfrentan enfermedades mentales, brindando apoyo emocional, asistencia en la implementación del plan de atención y fomentando la comunicación efectiva entre los miembros del equipo de atención médica. Su contribución es esencial para garantizar la salud y el bienestar de la madre y el bebé.

5 Discusión-Conclusión

Para un cuidado efectivo de mujeres embarazadas con enfermedades mentales, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) puede seguir estas recomendaciones clave:

Primero, practique la empatía y la escucha activa. Comprenda las preocupaciones y ansiedades de la paciente y ofrezca un espacio seguro para que exprese sus sentimientos. La comunicación abierta y la comprensión son fundamentales.

Segundo, colabore estrechamente con el equipo de atención médica y de enfermería. Mantenga una comunicación constante para garantizar que se siga el plan de atención adecuado y que cualquier cambio en el estado de la paciente se aborde de inmediato.

Tercero, brinde educación sobre la importancia del autocuidado. Aliente a la paciente a seguir su tratamiento, a participar en terapias recomendadas y a utilizar estrategias de manejo del estrés. La paciente debe comprender que el cuidado de su salud mental es igualmente vital para su bienestar y el de su bebé.

6 Bibliografía

-Guimarães, F. J., Santos, F. J. D. S., Leite, A. F. B., Holanda, V. R. D., Sousa, G. S. D., & Perrelli, J. G. A. (2019). Enfermedad mental en mujeres embarazadas. *Enfermería global*, 18(53), 499-534.

Capítulo 280

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL ENFERMO CARDIOVASCULAR

VANESA SALMON HERAS

MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN

SAGRARIO PEREZ HERNANDEZ

MARINA SANCHEZ ACEITUNO

MARIA TAMARA SANCHEZ POLO

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares abarcan una amplia gama de trastornos, incluyendo la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad arterial periférica y las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos. La enfermedad coronaria, en particular, se produce cuando las arterias que suministran sangre al corazón se estrechan o bloquean debido a la acumulación de placa, lo que puede provocar angina de pecho o un ataque cardíaco.

Los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares incluyen la hipertensión, el tabaquismo, la diabetes, la obesidad, la falta de actividad física y

la mala alimentación. La genética también desempeña un papel importante en la predisposición a estas enfermedades.

La prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares son fundamentales. Esto se logra mediante la adopción de hábitos de vida saludables, como una dieta equilibrada, el ejercicio regular, la abstención del tabaco y el control de la presión arterial y el azúcar en sangre. Además, los medicamentos y procedimientos médicos pueden ayudar a tratar estas afecciones.

Las enfermedades cardiovasculares son afecciones del sistema circulatorio que representan una amenaza significativa para la salud. La comprensión de los factores de riesgo y la adopción de medidas preventivas son esenciales para reducir la incidencia y las consecuencias de estas enfermedades.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante el enfermo cardiovascular.

3 Metodología

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

4 Resultados

En primer lugar, el TCAE debe desempeñar un papel activo en la monitorización de los signos vitales de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Esto implica la medición y registro regular de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno, lo que permite al equipo de atención médica evaluar la estabilidad del paciente y realizar ajustes en el tratamiento si es necesario.

El TCAE también tiene la responsabilidad de ayudar en la movilización y cuidado de los pacientes. Los pacientes con enfermedad cardiovascular pueden necesitar reposo en cama o limitaciones en su actividad física, por lo que el TCAE ayuda

en la realización de cambios posturales, la movilización para prevenir úlceras por presión y la asistencia en la higiene personal.

La administración de medicamentos es otra tarea importante. Bajo la supervisión de un enfermero o médico, el TCAE puede ser responsable de administrar medicamentos, como antihipertensivos o anticoagulantes, siguiendo las indicaciones precisas y garantizando la seguridad del paciente.

La educación al paciente es esencial en la atención a enfermedades cardiovasculares, y el TCAE juega un papel en esto. Puede proporcionar información sobre la enfermedad, los medicamentos y los cambios en el estilo de vida necesarios para el control de la enfermedad. Además, ayuda en la enseñanza de técnicas de autocuidado, como la medición de la presión arterial en casa.

El apoyo emocional es una función vital del TCAE. Los pacientes con enfermedades cardiovasculares a menudo experimentan estrés, ansiedad y miedo. El TCAE puede ofrecer apoyo emocional, escuchar las preocupaciones del paciente y brindar consuelo.

En situaciones de emergencia, como un paro cardíaco, el TCAE está capacitado para realizar maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) y utilizar un desfibrilador externo automático (DEA) bajo la supervisión de personal médico.

El TCAE desempeña un papel esencial en la atención a pacientes con enfermedad cardiovascular, brindando cuidados directos, apoyo emocional, educación y asistencia en la administración de medicamentos. Su trabajo contribuye significativamente al bienestar y la recuperación de los pacientes con enfermedades cardíacas, garantizando una atención integral y de calidad.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar una excelente atención a pacientes con enfermedades cardiovasculares, un TCAE debe seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, es esencial mostrar empatía y comprensión hacia el paciente, ya que enfrentar una enfermedad cardíaca puede ser emocionalmente desafiante. Escuchar activamente sus preocupaciones y responder a sus preguntas con paciencia es fundamental.

El seguimiento preciso de las indicaciones médicas y la administración de medicamentos de manera puntual y precisa son críticos para el control de la enfermedad.

También es necesario llevar a cabo una monitorización regular de los signos vitales y comunicar cualquier cambio significativo al equipo médico.

La promoción de un estilo de vida saludable es fundamental. El TCAE puede alentar al paciente a seguir una dieta equilibrada, realizar ejercicio regularmente y dejar de fumar si es necesario.

Finalmente, la seguridad y el confort del paciente son prioritarios. Asegurarse de que el entorno esté limpio y seguro, así como ayudar al paciente en la movilización y la higiene personal, contribuye a una atención de alta calidad. Trabajar en equipo con otros profesionales de la salud garantiza una atención integral y coordinada.

6 Bibliografía

1. Carratalá, V. P., Górriz-Zambrano, C., Ariño, C. M., Caro, J. L., & Górriz, J. L. (2020). COVID-19 y enfermedad cardiovascular y renal:¿ Dónde estamos?¿ Hacia dónde vamos?. Medicina de Familia. SEMERGEN, 46, 78-87.

Capítulo 281

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD CELIACA

VANESA SALMON HERAS

MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN

SAGRARIO PEREZ HERNANDEZ

MARINA SANCHEZ ACEITUNO

MARIA TAMARA SANCHEZ POLO

1 Introducción

La enfermedad celíaca es un trastorno autoinmunitario crónico del sistema digestivo desencadenado por la ingesta de gluten, una proteína presente en el trigo, la cebada, el centeno y sus derivados. Esta condición afecta a individuos genéticamente predispuestos y puede tener una amplia variedad de manifestaciones clínicas.

Cuando una persona con enfermedad celíaca consume gluten, su sistema inmunológico responde anormalmente, atacando y dañando la mucosa del intestino delgado. Esto conduce a la malabsorción de nutrientes esenciales, lo que puede resultar en una amplia gama de síntomas y complicaciones, como diarrea

crónica, dolor abdominal, fatiga, pérdida de peso, anemia y deficiencias vitamínicas.

La enfermedad celíaca es una afección crónica que no tiene cura, pero su manejo se basa en una dieta estricta sin gluten. Al eliminar completamente el gluten de la alimentación, la mayoría de los pacientes experimentan una mejoría significativa en sus síntomas y pueden prevenir complicaciones a largo plazo. Además, es importante que las personas con enfermedad celíaca sean conscientes de la posible contaminación cruzada con gluten en alimentos procesados y restaurantes.

El diagnóstico de la enfermedad celíaca implica pruebas de laboratorio, como análisis de sangre para detectar anticuerpos específicos y una biopsia del intestino delgado para confirmar el daño característico. Un diagnóstico temprano y la adherencia estricta a una dieta sin gluten son esenciales para evitar complicaciones a largo plazo, como osteoporosis, problemas neurológicos y un mayor riesgo de ciertos tipos de cáncer.

En resumen, la enfermedad celíaca es un trastorno autoinmunitario crónico desencadenado por la ingesta de gluten, que afecta la absorción de nutrientes y puede causar una amplia variedad de síntomas digestivos y sistémicos. La adherencia estricta a una dieta sin gluten es el pilar del tratamiento y la prevención de complicaciones en personas con esta condición.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante pacientes con enfermedad celiaca.

3 Metodología

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

4 Resultados

El TCAE desempeña un papel importante en la atención a pacientes con enfermedad celíaca, contribuyendo significativamente a su bienestar y cuidado. Las funciones del TCAE en el manejo de la enfermedad celíaca son diversas y esenciales para garantizar una atención integral y de calidad.

Educación al paciente: El TCAE puede proporcionar información esencial sobre la enfermedad celíaca al paciente y a su familia. Esto incluye explicar la necesidad de una dieta libre de gluten, identificar alimentos y productos que contienen gluten y enseñar cómo leer etiquetas de alimentos para evitar la contaminación con gluten.

Apoyo emocional: Los pacientes con enfermedad celíaca pueden sentirse abrumados o preocupados por su dieta y estilo de vida. El TCAE puede brindar apoyo emocional, escuchando sus preocupaciones y proporcionando orientación para enfrentar los desafíos emocionales asociados con la enfermedad.

Seguimiento de la dieta: El TCAE puede colaborar en la planificación de las comidas y la supervisión de la dieta del paciente para asegurarse de que se adhiera rigurosamente a una alimentación sin gluten. Esto implica identificar fuentes ocultas de gluten y asegurarse de que las comidas y bocadillos sean seguros para el paciente.

Monitorización de síntomas: El TCAE puede estar involucrado en la monitorización de los síntomas gastrointestinales y sistémicos del paciente. Esto incluye informar al equipo de atención médica sobre cualquier cambio en la salud del paciente y llevar un registro de los síntomas y la adherencia a la dieta sin gluten.

Prevención de la contaminación cruzada: En entornos de atención médica y hospitalaria, el TCAE desempeña un papel importante en la prevención de la contaminación cruzada con gluten. Esto implica asegurarse de que las comidas y los utensilios estén libres de gluten y que el paciente reciba alimentos seguros durante su estadía en el hospital.

Coordinación con el equipo de atención médica: El TCAE trabaja en estrecha colaboración con enfermeros, dietistas y médicos para garantizar una atención integral y coordinada para el paciente con enfermedad celíaca. Esto implica comunicar de manera efectiva cualquier cambio en la condición del paciente y seguir las indicaciones del equipo de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE desempeña un papel esencial en el tratamiento efectivo de la enfermedad celíaca. Para brindar una atención de calidad, es crucial enfocarse en la educación y el apoyo al paciente. En primer lugar, asegúrese de que el paciente comprenda completamente la necesidad de mantener una dieta estricta sin gluten. Proporcione información detallada sobre alimentos seguros y evite la contaminación cruzada. Facilite recursos y guías sobre la vida sin gluten, incluyendo cómo leer etiquetas de alimentos.

En segundo lugar, fomente un ambiente de apoyo emocional. La enfermedad celíaca puede generar estrés y ansiedad, así que escuche atentamente las preocupaciones del paciente y brinde apoyo en la adaptación a este nuevo estilo de vida. Trabaje en estrecha colaboración con el equipo médico para asegurarse de que el paciente reciba un seguimiento adecuado y ajustes en el tratamiento si es necesario. Estas acciones ayudarán a los pacientes con enfermedad celíaca a llevar una vida saludable y libre de gluten.

6 Bibliografía

1. Sierra, M., Hernanz, N., Gala, I., & Alonso, L. (2020). Enfermedad celíaca. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(1), 9-15.

Capítulo 282

EL BULLYING EN LA ETAPA ESCOLAR POR EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

SONIA BRASERO CANO

ESPERANZA CESPEDES ESCALONA

MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA

MIRIAM ALONSO CANO

INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO

1 Introducción

En esta ocasión nos vamos a centrar en un problema que actualmente sacude a la sociedad y que genera gran preocupación por el desencadenante que puede tener. Concretamente hablaremos del Bullying en el entorno escolar o del acoso escolar.

La escuela, el colegio o el instituto debería ser siempre un espacio seguro tanto para los alumnos como para los padres, que depositan la confianza de educar a sus hijos en un entorno seguro.

No obstante, cada día podemos ver en las noticias o medios de comunicación como hay muchos niños o niñas que tienen esa fobia a ir a su centro educativo

porque se ha convertido en una fuente de violencia hacia ellos. Cuando hablamos de violencia, nos podemos referir tanto al maltrato físico como psicológico, y en ambos casos pueden llegar a arruinar la vida de un niño.

Generalmente, este tipo de acoso o violencia no es detectable por padres o profesores en la etapa inicial, puesto que el niño o niña que lo sufre no suele contar desde el primer momento por la situación que está pasando. Por eso, es muy importante estar muy atentos a esos primeros efectos o síntomas que puede presentar un niño que está sufriendo este tipo de violencia.

Una de las características principales es el bajo rendimiento académico, así como desánimo a la hora de asistir a clase. Pero si esta situación es repetida a lo largo del tiempo, podremos encontrarnos con deterioros físicos importantes, aparición de patologías de salud mental, así como en casos graves, autolesiones y depresiones severas.

Actualmente, existen una serie de mecanismos y organismos para pedir ayuda y defenderse de este tipo de situaciones. Aunque hay una serie de conceptos básicos que se deben tener en cuenta en cuanto a la educación se refiere:

- Es muy importante educar a los niños desde la empatía, la igualdad y el compañerismo. No hay que fomentar el odio por el que no es como nosotros.
- Otro aspecto muy importante es fomentar el empoderamiento de niños y niñas frente al acoso escolar, explicarles que hay mecanismos de ayuda y que siempre hay opciones de salir de esa situación.

Si se trabaja desde la educación, el cariño y la empatía conseguiremos erradicar este tipo de actuaciones tan dañinas para la sociedad.

2 Objetivos

Con este trabajo, pretendemos describir en que consiste el bullying escolar, los síntomas que presentan los niños que lo sufren y como intentar terminar con esta lacra, mediante la exposición de un caso clínico basado en una situación real vivida en el servicio de urgencias de un hospital.

Nos servirá también para identificar el inicio del problema, sabiendo detectar aquellos signos de alerta, que sin darse cuenta, muchas veces nos transmiten los niños que lo están sufriendo.

3 Caso clínico

Elena es una niña de 13 años, que acude acompañada por sus padres al servicio de urgencias hospitalarias de su ciudad. Presenta una herida en la zona occipital

derecha, varios golpes y un estado como de ausencia.

La niña al llegar a urgencias, refiere que se ha tropezado y se ha caído por las escaleras de su colegio.

Se le realiza una exploración inicial con la toma de constantes correspondientes, y se le solicitan una serie de pruebas radiológicas, entre ellas una radiografía de tórax. Se le deja en observación.

Una vez que los médicos encargados de llevar su caso, han comprobado y revisado todas las pruebas, junto con la exploración física, llegan a la conclusión de que Elena viene sufriendo lesiones de manera permanente y no es un caso aislado.

Como primer paso a seguir, deciden tener una conversación con los padres para de este modo, descartar que el problema que tiene Elena no venga derivado de casa.

En esa conversación inicial, los padres le hacen conocedor al doctor de la situación difícil que estaba sufriendo Elena en el colegio, así como de su bajón en el rendimiento escolar y la dejadez y apatía que presenta desde hace un tiempo. El doctor, con todos los datos que ha recabado decide hablar con la paciente para valorar el estado anímico que presenta. Elena en ningún momento reconoce que está siendo víctima de bullying, pero está ausente, no es capaz de centrarse en la conversación y mantiene la mirada perdida.

El doctor, en vista de la situación decide, en primer lugar, trasladar el caso al servicio de psicología infantil para que puedan hacer un seguimiento más cercano a Elena, y posteriormente actúa ante la ley denunciando la situación que acaba de vivir para que los servicios sociales intervengan en el colegio y verifiquen lo que está sucediendo.

El grupo de psicólogos se hace cargo de la situación de Elena y empiezan a trabajar con ella de inmediato, para evitar un desenlace que no sea el esperado.

Elena, es dada de alta de las urgencias, pero se marcha a casa con el seguimiento del gabinete de psicología y con los pasos iniciales dados para poder atajar un problema que en muchos casos cuesta la vida del menor.

4 Discusión-Conclusión

Si hacemos referencia a diferentes encuestas o artículos sanitarios, podemos comprobar que en

España, actualmente cerca del 15-17% de los niños escolarizados sufren bullying. Esta cifra solo es de aquellos niños o niñas que lo han manifestado o lo han denunciado. Cuántos casos habrá de niños que, atemorizados o avergonzados no se decidan a contarlos.

Esto es algo muy preocupante, ya que en muchos casos estos niños terminan acabando con su vida porque no ven otra salida.

Es muy importante la educación para terminar con esta lacra, educar desde el respeto sin inculcar odio y dando importancia a sentimientos, como la empatía por los demás.

Muchas veces estos casos se dan por la diferencia física, de raza o de religión, y eso es algo que se puede terminar si educamos a nuestros hijos desde el respeto. Por último es muy necesario dar cobertura legal y armas para defenderse a todas esas familias que sufren una situación de este tipo.

5 Bibliografía

1. ¿Cuáles son las causas del acoso escolar? - UNICEF
2. Bullying - Qué es, causas, consecuencias, tipos, prevención y más (concepto.de)
- 3. Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar | AEPAE

Capítulo 283

LA LACTANCIA ARTIFICIAL Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

JAVIER PEREZ PESTANA

MARTA SANCHEZ PEREZ

1 Introducción

En este capítulo hablaremos sobre la lactancia artificial, los casos en los que se da y los motivos, las circunstancias en las que está contraindicada la lactancia materna y las decisiones personales de cada madre. La OMS recomienda la lactancia materna durante los seis primeros meses de vida del bebé y se puede combinar con alimentación normal hasta los dos años de vida. Según esto, es la mejor opción nutricional, contiene anticuerpos, algo que el alimento artificial no puede llegar a imitar, pero nos encontramos con que existen determinadas situaciones en las que no será posible llevar a cabo la alimentación a través de la lactancia materna, por eso hablaremos también de la importancia del papel del TCAE y el protocolo para la alimentación del lactante cuando esta debe ser de manera “artificial” y se produce en el hospital. Entre las innumerables ventajas y desventajas de ambas, debemos siempre tener en cuenta la decisión que más se adapta a la comodidad de la madre y el lactante. Si la opción elegida es la artificial, es necesario que sepamos que la leche de fórmula debe ser la recomendada por el pediatra, para que sea la mejor propuesta nutricional posible para el bebé.

2 Objetivos

- Definir el concepto de lactancia artificial.
- Conocer los casos en los que se recomienda lactancia artificial.
- Averiguar el papel del TCAE en la administración de la nutrición al lactante.

3 Metodología

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

4 Resultados

¿Qué es la lactancia artificial? Pues bien, podemos definir la lactancia artificial como aquella en la que no es posible la lactancia natural (por diversos motivos que ahora detallaremos) y en la que se administra una fórmula adaptada al lactante. Esta alimentación está indicada cuando está contraindicado la lactancia materna por ser la madre portadora de virus como VIH, Hepatitis B y C, virus linfotrópico, consumo de drogas, entre otros. También está indicada cuando, lejos de las contraindicaciones, la madre toma la decisión de no amamantar al lactante, o de que no le sea posible, por circunstancias físicas, psíquicas o del entorno. La lactancia artificial tiene algunas características en las que destacaría el control de los padres sobre la cantidad de ingesta que se le da al bebé, sabiendo en cada momento lo que toma, además de ser un poco más pesada y proporcionar digestiones más lentas y, por lo tanto, mayor sensación de saciedad, dejando un poco más libre a los padres, pudiendo también incorporar a otras personas en la participación de la alimentación siendo más fácil adaptar la vida a la nueva situación familiar. Sin embargo, la desventaja que alberga es que no contiene propiedades inmunológicas como lo hace la lactancia materna y la calidad del alimento no es tan adecuada. Durante el período en que el recién nacido se encuentre hospitalizado y no sea factible la lactancia, el TCAE procederá con el proceso de preparación y dispensación de biberones. Este proceso implica la realización de las siguientes actividades en un orden específico:

1. Para mantener la higiene es importante tanto lavarnos las manos como utilizar guantes.

2. Una vez obtenida la leche recomendada, se debe preparar según las instrucciones. Una vez preparado, es necesario añadir la cantidad prescrita al biberón, junto con agua tibia previamente hervida.
3. Nuestro procedimiento consiste en colocar la tetina de forma segura sobre la abertura del biberón. A partir de ahí procedemos a disolver la leche, procurando que se mezcle uniformemente para crear una mezcla uniforme y consistente.
4. La administración de la sustancia se realiza inmediatamente después de la preparación del recién nacido, con un límite de tiempo estricto de no más de treinta minutos.
5. Para garantizar la tranquilidad del bebé durante la alimentación con biberón, se recomienda tomar ciertas medidas como valorar si es necesario un cambio de pañal antes de la alimentación y verificar que la temperatura de la leche sea la adecuada para su consumo.
6. Para garantizar una alimentación adecuada con leche, es importante que el bebé esté en una posición cómoda y que el cuidador tenga cuidado de evitar la ingesta de aire durante el proceso de alimentación.
7. Es imperativo evitar obligar al niño a consumir más de lo que desea.

5 Discusión-Conclusión

La técnica de la lactancia artificial se utiliza como medio para brindar apoyo nutricional a los lactantes cuando la lactancia natural no es posible o no se recomienda. Las investigaciones han demostrado que, en comparación con la lactancia materna, la lactancia artificial carece de la cantidad de nutrientes inmunológicos y anticuerpos necesarios para una salud infantil óptima. Sin embargo, sigue siendo una opción viable en las circunstancias antes mencionadas. Además, se han examinado las directrices para preparar biberones y administrar leche materna artificial. Es crucial priorizar la comodidad y el bienestar tanto de la madre como del niño durante este proceso de alimentación.

6 Bibliografía

pubmed, scielo

Capítulo 284

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DE UN PACIENTE ENCAMADO

ÁGUEDA GALLEGO CASTAÑO

ROCIO DE HAZAS MANCHEÑOS

ELIA MARIA DE HARO GARCIA

BEATRIZ BLAZQUEZ COZAR

ELENA SANCHEZ SANCHEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son áreas dañadas en la piel, también pueden ser un tipo de escaras. Las nalgas, los talones, los tobillos y los hombros se encuentran entre las partes del cuerpo que son más propensas a estas llagas debido a su proximidad a los huesos de la piel.

Las úlceras por presión vienen en cuatro variedades diferentes o estaciones:

Clase I. Aproximadamente dos horas después de que comienza la presión, estas úlceras comienzan a desarrollarse. El eritema o enrojecimiento persistente de la piel es un síntoma de esto.

Clase II. La epidermis y la dermis se ven afectadas por estas heridas. Se asemeja a una vejiga o una ampolla.

Clase III. Estas heridas afectan al tejido subcutáneo, la epidermis y la dermis. Se presentan descargas graves. Exudará pus si se infecta.

Clase IV. Estas heridas afectan a los órganos internos, así como a los músculos, huesos y cartílagos. Por lo general, todo el tejido necrótico es visible a simple vista. Cuando un paciente permanece en una posición durante un período prolongado de tiempo o cuando un objeto duro presiona contra un área específica del cuerpo, se puede desarrollar una lesión conocida como úlcera por presión.

Las personas que pasan mucho tiempo al lado de la cama tienen más probabilidades de sufrir este tipo de lesiones, pero también les puede pasar a las personas que trabajan en otras posiciones. Alrededor del doce por ciento de los pacientes hospitalizados experimentan este tipo de lesión, que requiere atención especial por parte del personal médico, como el personal de enfermería. Las úlceras por presión son un problema de salud muy grave.

2 Objetivos

Estudiar la importancia que poseen los auxiliares de enfermería a la hora del tratamiento de prevención de las úlceras por presión.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Estas úlceras son un problema común en personas que tienen limitada su capacidad de movimiento (por edad, por un accidente, enfermedad, etc.) y pasan una gran parte del tiempo o todo el tiempo en silla de ruedas o en la cama. Uno de los factores de riesgo más importantes para la formación de estas úlceras es la falta de movilidad de estas personas.

Estas úlceras suponen un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes, dificultando su recuperación. Se estima que un 95% de las úlceras se pueden prevenir, por lo que el índice de úlceras por presión se ha convertido en un indicativo de la calidad muy importante de los cuidados de enfermería. Estas úlceras por presión constituyen uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de cuidados de enfermería, siendo un gran reto a la vez que una gran responsabilidad, tanto en la prevención como en el tratamiento por la autonomía de actuación que se brinda.

La aparición de úlceras por presión puede:

- Agravar el estado general del paciente por un aumento de infecciones y complicaciones metabólicas.
- A nivel terapéutico pueden deteriorar y complicar un tratamiento integral.
- Prolongar la estancia hospitalaria.
- Suponen una sobrecarga de trabajo para la parte de enfermería.
- Ocasionan pérdida de autonomía, independencia y autoestima. La prevención de estas úlceras por presión es una labor que puede llegar a considerarse compleja, pero a la vez es muy interesante porque ofrece la posibilidad de marcar una diferencia notoria en cuanto a los resultados del paciente.

La buena evolución así como la resolución de las úlceras podría considerarse como un indicador de calidad muy importante tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario de la salud del paciente.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de esta revisión se ha podido observar como a pesar de no tratarse de patologías graves, las úlceras por presión pueden condicionar seriamente la calidad de vida y estado del paciente, siendo por ello uno de los principales indicadores en cuanto a calidad asistencial en pacientes ingresados.

Además de este importante impacto que ocasiona en la vida de los afectados, se ha comprobado su alta prevalencia y el elevado gasto económico que estas representan.

Es por ello, junto con el hecho de que un 94 % de las mismas parezcan ser evitables, que una mayor inversión en materia de prevención supondría una mejora, tanto en el aspecto monetario como en el sanitario, llegando a evitar que estas desarrollen en problemas más graves o directamente logrando que estas no tengan lugar.

6 Bibliografía

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

Capítulo 285

EL PROFESIONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CON DIABETES

ROCIO DE HAZAS MANCHEÑOS

ELENA SANCHEZ SANCHEZ

ÁGUEDA GALLEGO CASTAÑO

ELIA MARIA DE HARO GARCIA

BEATRIZ BLAZQUEZ COZAR

1 Introducción

La Diabetes Mellitus es un conjunto de alteraciones metabólicas con una hiperglucemia mantenida. Hay distintas causas de diabetes mellitus, en la que una de ellas podría ser la hiperglucemia mantenida ocasionada por la falta de secreción de insulina, la carencia de la acción de la insulina, la falta de consumo de glucosa o incremento de la producción de insulina (4).

La Diabetes mellitus es una patología muy frecuente y la incidencia ha aumentado considerablemente a lo largo de estos años. Se ha elegido este tema por las grandes complicaciones que puede tener un paciente con diabetes mellitus ante una intervención quirúrgica y por la importancia de dar unos cuidados y tratamiento adecuado en el postoperatorio de estos pacientes.

Quien padece esta enfermedad tiene más probabilidad de someterse a alguna cirugía a lo largo de su vida que el resto de las personas. Es decir, la posibilidad de que un paciente diabético necesite una intervención quirúrgica es más alta que los pacientes que no padecen esta enfermedad. El postoperatorio se complica más debido a las complicaciones cardiovasculares que puede llegar a tener y al desajuste metabólico que tienen. De esta manera, tener un buen control glucémico mejoraría enormemente esta situación (6).

No obstante, nos tenemos que enfrentar a los distintos problemas que tienen estos pacientes a causa de una de hiperglucemia crónica como puede ser problemas en la vista, en el riñón, sistema nervioso, sistema cardiovascular, etc. (1)

Además, la estancia hospitalaria de los pacientes con Diabetes Mellitus probablemente se prolongue a causa de este desajuste metabólico y por la considerable morbilidad de estos pacientes.

Es por ello, por lo que tanto el equipo de planta, como el equipo quirúrgico deberá conocer las características detalladas de cada paciente para poder darle los cuidados necesarios ante una cirugía, evitando los riesgos que conlleva (5).

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del TCAE ante pacientes con diabetes.

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

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 422 millones de personas en todo el mundo tienen diabetes y, para 2030, las muertes por diabetes podrían duplicarse.

El diagnóstico y la detección temprana son fundamentales en todos los tipos de diabetes, y la atención a este tipo de paciente debe brindarse de manera muy

específica, ya sea en hospitales, clínicas, residencias de ancianos o en el hogar. Mantener niveles altos de azúcar en sangre causa daños silenciosos a muchos tejidos, el corazón, el cerebro, los riñones, la visión (retina) y, en general, el sistema vascular y las arterias.

Por tanto, el diagnóstico debe realizarse lo más precozmente posible para retrasar estas complicaciones.

La diabetes tipo 2, que afecta al 90% de los adultos con diabetes, se puede prevenir mejorando el estilo de vida, la dieta y la actividad física.

Con enfermedades crónicas y calidad de vida, especialmente diabetes, es muy importante cumplir con el plan de tratamiento establecido por su médico.

También es importante que las personas con diabetes controlen la hiperglucemia, o niveles elevados de azúcar en sangre, para evitar complicaciones asociadas con un mal control de la enfermedad y muy importante el control de cualquier herida sobre todo en los pies que podrían tener una complicación grave.

Los resultados demuestran una gran importancia y diversa de complicaciones de salud que experimentan a lo largo del tiempo los diabéticos mal controlados.

Sin embargo, la atención del auxiliar de enfermería a los diabéticos no se limita a la parte clínica.

También es muy importante la empatía de los asistentes de atención, e incluso la pedagogía que enseña a las personas con diabetes de todo tipo a lograr un mejor control de la enfermedad y calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados de auxiliar enfermería debe brindar cuidados muy específicos a este tipo de pacientes, ya que es el profesional que está más cercano al paciente, ya sea en un hospital, centro de salud o residencia de ancianos, centro de día o en su propio domicilio.

La atención asistida por auxiliares de enfermería a personas con diabetes no se limita al segmento clínico. También es importante la empatía del auxiliar de enfermería, e incluso la educación que proporciona a determinados tipos de diabéticos, así como la alimentación, la higiene, el ejercicio (caminar, nadar, etc.), con el objetivo de controlar mejor la enfermedad y que tenga mayor calidad de vida.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 286

LOS CONOCIMIENTOS DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA SOBRE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

KARINA CRUCES NUÑEZ

MARÍA MIGUEL RUBIO

CLARA ELENA VÁSQUEZ RUIZ

AMPARO GARCÍA TORRICO

LUPE JARA

1 Introducción

Los procedimientos que impliquen una ventilación mecánica artificial, son aquellas que van a depender de un aparato para ayudar completa o parcialmente a la función respiratoria o ventilatoria del paciente, pudiendo además mejorar los niveles de oxigenación e influir en la capacidad pulmonar. Existen dos tipos de ventilación mecánica, encontrando la invasiva y no invasiva, esto va a determinar si se va a realizar un manejo avanzado de la vía aérea o no para administrarla.

Dentro de la ventilación mecánica invasiva se va a utilizar cuando el paciente muestre un nivel de conciencia según la escala de Glasgow menos a una puntuación 8 (siendo la máxima puntuación de 15 con un nivel normal de concien-

cia). También se comenzará cuando los pacientes tendrán un trabajo respiratorio excesivo, es decir, cuando su frecuencia respiratoria esté por encima de 35 respiraciones por minuto, acompañado de tiraje, signos faciales etc.

Es en estos casos cuando se va a proceder a emplear la ventilación mecánica, va a consistir en un ventilador que envía el flujo correspondiente hacia el pulmón con una presión suficiente que vence los tipos de resistencia en el aparato respiratorio. Con este ventilador o respirador se va a poder ajustar en varios modos la función de la ventilación que se desea conseguir con el paciente.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este trabajo se establece desarrollar y analizar los conocimientos que tienen que poseer las TCAES en el cuidado y manejo de las ventilaciones mecánica invasivas y no invasivas con el objetivo de conseguir un protocolo neumonía asociada a ventilación o neumonía cero.

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 manejar de una manera adecuada los pacientes que están sometidos a una ventilación mecánica.

4 Resultados

Como resultados de este trabajo la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM) es aquella que se ha dado en pacientes que han sido sometidos a una intubación endotraqueal o con una traqueotomía, y que previamente a realizar este procedimiento el paciente no padecía neumonía. En los estudios mas recientes se han incluido las neumonías diagnosticadas tras 72h de extubación del paciente.

Se han realizado una serie de recomendaciones desde un proyecto de Neumonía Zero con una actualización del 2021 y que se han publicado en 2022. En esta revisión bibliográfica se han establecido varias medidas revisadas, y se han identificado un total de 10 recomendaciones que deben ser conocidas y mantenidas

por el equipo multidisciplinar y en el contexto donde se encuentre el paciente en esta situación de ventilación mecánica.

Entre las primeras destaca el mantenimiento de la posición de la cabecera por encima e 30° a excepción que exista alguna contraindicación clínica. La TCAE tendrá que realizar una higiene de manos estricta antes y después de manipular vía aérea y utilizar guantes estériles de un solo uso, estas situaciones pueden darse cuando se realice alguna aspiración de secreciones o limpieza bucal del paciente.

Las TCAES tendrán que realiza una higiene de la boca con clorexidina 0,12-0,2% aunque esto presenta una evidencia moderada tiene una recomendación fuerte. Siendo así un hecho para protocolizar y realizarlo cada 6-8 horas utilizando soluciones de gel de clorhexidina. Antes de emplearlo se deberá comprobar la presión de los tubos endotraqueales o traqueotomía esté por encima de 20cm de agua.

La Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tendrá que tener los conocimientos adecuados para mantener el material preparado, así como realizar una buena limpieza de los aparatos una vez utilizados y prepararlos para el siguiente paciente que pueda necesitarlos.

5 Discusión-Conclusión

Para conseguir este objetivo propuesto resalta una conclusión y es que hay que formar y entrenar a los profesionales sanitarios para el manejo de la vía aérea, en especial a aquellos que van a realizar una manipulación directa de esta, o que van a estar en contacto con su higiene. Dentro de esta formación se incluye la secreción de secreciones bronquiales, la utilización de material de un solo uso y como contraindicación se establece la instilación rutinaria de suero fisiológicos por los tubos endotraqueales. Es por ello que con este trabajo se da respuesta al objetivo propuesto en un principio y una vez más se da la importancia a las TCAES para el manejo en este aspecto de las ventilaciones mecánicas.

6 Bibliografía

1. Gutiérrez Muñoz, F. (2011). Ventilación mecánica. Acta médica peruana, 28(2), 87-104.
2. Orejóna, R. U., Tolsadaa, P. U., Orejónb, S. U., Garridoa, E. M., & Jiménezb, A. C. (2005). Ventilación mecánica no invasiva. Rev. esp. anestesiología. Reanim, 2, 88-100.

3. Guerrero, M. Á., Méndez, S. A. G., & Cuero, J. V. Q. (2019). Cuidados de Enfermería en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Revista Médica-Científica CAMbios HECAM*, 18(1), 96-110.

Capítulo 287

LA RESPONSABILIDAD DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

KARINA CRUCES NUÑEZ

MARÍA MIGUEL RUBIO

AMPARO GARCÍA TORRICO

CLARA ELENA VÁSQUEZ RUIZ

LUPE JARA

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son aquellas que tienen un compromiso isquémico, es decir, la piel está manteniendo una presión constante que provoca una isquemia tanto en la piel como en los tejidos. Esto es una de las causas secundarias a ingresos hospitalarios donde hay una incidencia del 7,7 y 26,9% de los casos. Si bien es cierto que hay pacientes que tienen una predisposición a que esto ocurra tendrá que ser valorado a su ingreso en la planta para realizar una buena prevención y aparición de estas.

Durante las estancias largas hospitalarias los pacientes con enfermedades pluri-patológicas que les condiciona a estar encamados o pacientes que en su vida diaria ya eran dependientes tienen más posibilidades de desarrollar este tipo de heridas si no tienen unos buenos cuidados. Las UPP pueden tener origen isquémico, causado por varios factores ya sean: presión, fricción, humedad o de cizallamiento, su aparición puede ser en cualquier lugar del cuerpo dependiendo de la postura que esté expuesto el paciente durante mayor tiempo debido a la fuerza de oclusión del flujo sanguíneo, comenzando con un leve enrojecimiento de la piel catalogado como Estadio I hasta una pérdida del tejido completo y estando en un estadio IV.

Si bien es cierto que en numerosos estudio se ha demostrado que factores como la edad, nutrición, movilidad y el estado de consciente son determinantes para que aparezcan también hay otros factores denominados extrínsecos que favorecen la aparición de UPP como son: higiene, fricción, temperatura ambiente, humedad, presencia de dispositivos (catéteres, sondas, mascarillas, tubos etc).

2 Objetivos

Como objetivo principal de este trabajo se propone desarrollar y evidenciar la importancia de los cuidados brindados por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la prevención de las úlceras por presión en paciente hospitalizados.

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 la prevención de las úlceras por presión.

4 Resultados

Para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) dentro de las plantas de hospitalización será de gran responsabilidad realizar una buena prevención realizando unos cuidados en base a las necesidades de cada paciente, avisando al personal de enfermería en caso de encontrar alguna anomalía en la piel del paciente que se encuentre hospitalizado.

Es por ello que la TCAE es la encargada del aseo diario al paciente y por ende tiene que revisar su cuerpo todos los días prestando especial atención en las zonas donde tienen más frecuencia la aparición de las úlceras, estas zonas son: orejas, parte posterior de la cabeza, hombro y omóplatos, codos, área del cóccix, columna vertebral, rodillas, caderas, talones y tobillos.

Es necesario que la TCAE tenga unos conocimientos adecuados a esta prevención y en el caso de encontrar enrojecimiento de la piel, zonas calientes, piel dura, erosión etc, avise al equipo de enfermería para comenzar unos cuidados más específicos en la piel de ese paciente y evitar que las UPP evolucione a grados mayores.

Para prevenir la aparición de úlceras por presión la TCAE tendrá que tener en cuenta la hidratación por vía oral o vía endovenosa, que las ropas del paciente no queden suficiente apretadas, evitar que tengan botones, cremalleras o cualquier otro tipo de objeto que pueda provocar una herida sobre la piel, y al realizar el cambio de cama evitar que queden arrugas que puedan provocar presión o herida en el cuerpo.

También deberá prestar especial atención a los dispositivos que tenga cada paciente, como por ejemplo las sondas vesicales, tendrá que ir cambiando la bolsa de la orina cada día a un lado de la cama para evitar la aparición de UPP en los genitales. Así como si el paciente presenta diarrea o humedad en la zona de los genitales o coxis, ya que por humedad es más fácil la irritación de la piel y por ende una herida en zona donde se puede provocar una UPP.

5 Discusión-Conclusión

Con este trabajo se da respuesta al objetivo propuesto principal. La prevención de UPP recae sobre todo en el equipo multidisciplinar que trabaja en una planta de hospitalización pero las TCAE son los principales técnicos que están en contacto directo con la fisiología del paciente y es por ello que son las primeras en detectar alguna anomalía en la piel y si puede haber un compromiso tisular en el paciente. Por ello, hay que favorecer los registros, protocolos y formación con el objetivo de que el personal esté más cualificado para evitar problemas secundarios durante su estancia hospitalaria y tratamiento precoz en caso de aparición.

6 Bibliografía

1. García Fernández, F. P., Pancorbo Hidalgo, P. L., Soldevilla Ágreda, J. J., & Blasco García, C. (2008). Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. *Gerokomos*, 19(3), 136-144.
2. Sagñay, M. A. J., Silva, D. A. G., Muzha, F. D. L., & Chusino, A. I. V. (2019). Prevención de las úlceras por presión (UPP). *RECIMUNDO*, 3(3), 47-67.
3. Serrano, M. L., Méndez, M. G., Cebollero, F. C., & Rodríguez, J. L. (2017). Factores de riesgo asociados al desarrollo de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos de adultos: revisión sistemática. *Medicina intensiva*, 41(6), 339-346.

Capítulo 288

EL PAPEL Y LOS CUIDADOS DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO

KARINA CRUCES NUÑEZ

MARÍA MIGUEL RUBIO

AMPARO GARCÍA TORRICO

CLARA ELENA VÁSQUEZ RUIZ

LUPE JARA

1 Introducción

Las quemaduras las podemos definir como “lesión en los tejidos del cuerpo, causada por el calor, sustancias químicas, electricidad, el sol o radiación”(1). Dentro de los tipos de quemaduras podemos separarlas según agente que lo ha provocado es decir pueden ser producidas por líquidos calientes o vapor, debido a los incendios o los líquidos y gases inflamables; también otra de las causas frecuentes de quemaduras resalta las producidas por la inhalación de humo o partículas tóxicas (2).

Otro tipo de clasificación de las quemaduras es según el tejido de afectación dividiéndolo de esta manera en tres grados: 1) Primer grado: estas dañan la primera

capa externa de la piel, son rojas brillantes y muy dolorosas; 2) Segundo grado: se encuentra dañada la capa externa y además una capa interna debajo de la externa; 3) Tercer grado: dañan todas las capas de la piel e incluso los tejidos, presentan un tono necrosado y no sienten dolor, puesto que está dañada toda la estructura nerviosa de la piel (1).

Las quemaduras dañan el órgano mas grande del cuerpo que en este caso es la piel, es entonces cuando puede darse la producción de desequilibrios en este caso hidroelectrolíticos llegando a poder causar la muerte. Es por ello que cuanto mayor es la superficie quemada hay una mayor probabilidad de que un paciente entre en shock (3)

Es por ello que estos pacientes tienen que trasladarse a unidades de quemados donde el personal sanitario está cualificado con formación adecuada a este tipo de pacientes y en este caso los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería tienen que tener los conocimientos apropiados para tratar a estos pacientes (4).

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es describir las movilizaciones y cuidados de la piel en los pacientes que han sufrido quemaduras y que se encuentran en unidades de hospitalización. Como objetivo específico de este trabajo se plantea analizar las funciones de las TCAE en las unidades hospitalarias de quemados.

3 Metodología

Este trabajo es una revisión bibliográfica en la que se han consultado diferentes bases de datos como: Medline, PubMed o Scielo, para encontrar información acerca del papel de la TCAE en las necesidades fisiológicas en los pacientes con quemaduras que se encuentran en las unidades de hospitalización.

4 Resultados

En las unidades de hospitalización que tienen unidades de quemados tienen numerosos cuidados, pero entre lo más importante cabe destacar las movilizaciones en el paciente, ya que esto ha demostrado que tiene que haber una prevención precoz para evitar lesiones secundarias a las quemaduras. Es un proceso que se

lleva a cabo desde el momento inicial hasta prolongarse en el tiempo y conseguir la curación completa de la quemadura (5).

Este tipo de pacientes cuando sufren grandes quemaduras en la piel según el grado de afectación suelen tener rigidez muscular, es por ello que se fomenta una movilización precoz. Para los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería supone un reto su aseo e higiene diaria, puesto que todo este cuidado es preciso realizarlo con un equipo multidisciplinar formado por enfermería, celador y TCAE cumpliendo la pauta médica, ya que a la vez que el paciente se le realiza el aseo, se tiene que hacer una desbridación de los tejidos muertos y para ello va a tener mucho dolor, con lo que tiene que ser un procedimiento que se haga de manera rápida y con unos conocimientos adecuados.(6).

Hay estudios que han demostrado con un grado de evidencia intermedia que en los casos donde se han producido quemaduras axilares realizando una buena terapia postural precoz se han conseguido unos buenos resultados, este estudio fue publicado por Vehmeyer-Heeman.

En el caso de la alimentación la TCAE tendrá un papel importante, puesto que tendrá que ayudar al paciente que en caso de no poder utilizar las manos debido a las quemaduras tendrá que ser esta quien le dé el apoyo que necesita, así de mantener siempre hidratados y vigilar las diuresis para evidenciar que la función renal del paciente está siendo la adecuada (10).

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este trabajo damos respuesta el objetivo planteado en un inicio y vemos la importancia que recae en los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el reto que supone adquirir este tipo de conocimientos en una unidad con un paciente determinado, es por eso que destaca las funciones a realizar por la TCAE así como su responsabilidad en cuestiones fisiológicas de atención al paciente quemado, como atender a su alimentación y saber evidenciar si se ha producido algún problema o el paciente está sufriendo algún fallo renal debido a que estos técnicos son los encargados de cuantificar diuresis, medir niveles de agua, etc.

6 Bibliografía

1. LeMone P, Burke K. Enfermería medicoquirúrgica: pensamiento crítico en la asistencia del paciente. Vol. 1. Pearson Educación Madrid; 2009.
2. Robles Mena D. El paciente Quemado: Abordaje Psicológico [B.S. thesis]. 2015.
3. Fernández-Cañamaque JL, Gómez-Martín C, García-Morato R, Holguín-Holgado P. Abordaje de la mano con quemaduras en una unidad de grandes quemados. 2017;43:12.
4. Macías SB, Martínez RV, Jiménez LS, Vicente ML, Cobo IT, Catalán AS. Proceso de atención de enfermería en la fase de rehabilitación de un paciente quemado. Revista Sanitaria de Investigación. 2021;2(11):246.
5. Garnica-Escamilla MA, Ramales-Gijón JE, Guzmán-Villalobos D, Marín-Landa ÓM, Alonso-Beltrán JS, Vargas-Torres ES, et al. atrofia muscular y evaluación ecográfica en el paciente quemado. Serie de casos Muscular atrophy and ultrasound evaluation in the burned patient. Case series. Programa Anual de Actividades 2022. 2022;89(1):5-9.
6. Villamar LM. Prevención de úlceras por presión en pacientes geriátricos. Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2018.
7. Revista Brasileira de Queimaduras [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/373/pt-BR/recomendacoes-de-rehabilitacion-en-el-paciente-quemado--revision-de-literatura>
8. Delgado Pareja EE, Huaraca Pimentel R, Santos Villafuerte MC. Efecto del tratamiento fisioterapéutico en pacientes quemados, Cusco, 2022. 2022;
9. Chouza-Insua M, Viñas-Diz S, Patiño Núñez S, Martínez Bustelo S, Molina MC, Amuchástegui O. Fisioterapia en los pacientes quemados: quemaduras, tratamiento fisioterápico y aspectos relacionados. Physiotherapy in burned patients: burned patients, therapist treatment and related aspects [Internet]. diciembre de 2004 [citado 12 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/16131>
10. Guerra-Martín MD, Cascales PL, Fernández-Rodríguez V. Intervenciones enfermeras en el abordaje de las quemaduras. Rev Cuba Enf. 2019;35(2):1-13.

Capítulo 289

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO

MARIA DEL CARMEN DOS SANTOS FERREIRA

ROSANDRA ALVAREZ GARCIA

1 Introducción

En los años 70 surgió el Hospital de día Oncológico (HDO) cuya finalidad es que los pacientes pudiesen recibir los tratamientos específicos sin necesidad de ser hospitalizado, solamente el tiempo que su tratamiento especial necesitase, es decir, de forma ambulatoria.

Está formado por médicos especialistas, enfermería especializada en la aplicación de tratamientos específicos y tratamiento ambulatorio, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, servicio de farmacia oncológica para atender al paciente con cáncer en su plan de tratamiento.

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo caracterizado por el crecimiento anormal y descontrolado de las células del cuerpo, pudiendo formar una masa o tejido llamado tumor.

Cada tipo de cáncer tiene sus tasas de crecimiento específicas y sus formas de tratamiento. Un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado son de vital importancia en la supervivencia de los pacientes diagnosticados de cáncer.

En el campo de la oncología, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial al brindar atención cercana y apoyo a pacientes con cáncer. Para cumplir con este rol de manera efectiva, es crucial mantenerse al día con los avances médicos. La medicina de precisión y las terapias

dirigidas están revolucionando el tratamiento del cáncer, lo que requiere que los TCAE comprendan cómo funcionan estas terapias y cómo pueden afectar a los pacientes.

La inmunoterapia, que estimula el sistema inmunológico para combatir el cáncer, también es un campo en rápido crecimiento que los TCAE deben comprender. Además, es fundamental estar actualizado en el manejo del dolor, la atención de pacientes en cuidados paliativos y el uso de tecnología avanzada, como la radioterapia.

La comunicación empática y efectiva con los pacientes y sus familias es otro aspecto crítico en oncología, ya que los diagnósticos y tratamientos pueden ser emocionalmente desafiantes. La promoción de la prevención y la detección temprana del cáncer, así como el manejo de aspectos éticos y psicológicos, son también áreas clave de conocimiento para el TCAE en oncología. Mantenerse al tanto de estos avances contribuye a brindar una atención de alta calidad y apoyo integral a los pacientes oncológicos

2 Objetivos

Destacar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y su labor específica en el hospital de día oncológico (HDO).

3 Metodología

Este trabajo se fundamenta en una investigación que implicó una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible. Se llevó a cabo una búsqueda metódica de libros y se examinaron artículos de fuentes académicas de alta calidad, incluyendo bases de datos reconocidas como Pubmed, Medline y Scielo. Se seleccionaron específicamente artículos científicos que habían pasado por un proceso de revisión y aprobación por parte de expertos en el campo.

4 Resultados

Para trabajar como TCAE en el campo de la oncología, es importante contar con un conjunto de conocimientos y habilidades específicas para brindar atención de calidad a los pacientes con cáncer. Algunos de los conocimientos necesarios incluyen:

- Conocimiento de la enfermedad: comprender los conceptos básicos sobre el cáncer, sus tipos, etapas y tratamientos. Esto incluye saber cómo funciona la enfermedad, su diagnóstico y las opciones terapéuticas disponibles.
- Farmacología: familiarizarse con los medicamentos utilizados en el tratamiento del cáncer, incluyendo quimioterapia, inmunoterapia, terapias dirigidas y otros fármacos relacionados. Es importante conocer sus efectos secundarios y cómo administrarlos adecuadamente.
- Manejo de síntomas: aprender a identificar y abordar los síntomas comunes en pacientes oncológicos, como náuseas, vómitos, fatiga, dolor y problemas de la piel. Conocer las estrategias de alivio y cuidado paliativo.
- Cuidado de heridas y dispositivos médicos: saber cómo cuidar y mantener los accesos venosos centrales, catéteres y otros dispositivos utilizados en el tratamiento del cáncer.
- Seguridad del paciente: entender la importancia de mantener un ambiente seguro para los pacientes con cáncer, incluyendo medidas de prevención de infecciones y precauciones especiales.
- Comunicación: desarrollar habilidades de comunicación sensibles para interactuar con pacientes y sus familias, brindando apoyo emocional y proporcionando información clara sobre el proceso de tratamiento.
- Ética y empatía: comprender los aspectos éticos relacionados con el tratamiento del cáncer y tener la capacidad de mostrar empatía y compasión hacia los pacientes, que a menudo enfrentan situaciones difíciles.
- Colaboración en el equipo de salud: trabajar de manera efectiva en un equipo multidisciplinario que incluye médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud.
- Prevención y control de infecciones: conocer y aplicar las medidas de prevención de infecciones para proteger tanto a los pacientes como al personal de salud.
- Educación al paciente: estar preparado para proporcionar educación a los pacientes sobre su enfermedad, tratamiento, cuidados en el hogar y recursos disponibles.

El TCAE en general colabora con el equipo de enfermería en el cuidado y atención al paciente.

- Recepción y atención al paciente. Recibe a los pacientes y ayuda a su acomodación en los módulos individuales.
- Registro y monitorización: el TCAE colabora en la monitorización de los signos vitales de los pacientes y de la recopilación de los datos importantes sobre el estado de la salud.

- Mantenimiento de la seguridad e higiene: mantener un ambiente limpio y seguro para prevenir infecciones y garantizar el bienestar de los pacientes.
- Revisar con enfermería el carro de paradas y reponer el material fungible.
- Apoyo emocional: los pacientes con cáncer pueden presentar ansiedad, miedo y estrés. El TCAE proporciona apoyo emocional y empatía, contribuyendo a la humanización de la atención y el bienestar psicológico de los pacientes.
- Colaboración interdisciplinaria: trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud en la unidad oncológica. Participan en reuniones de equipo para asegurarse de que abordan todas sus necesidades.

5 Discusión-Conclusión

La figura del TCAE en el HDO es de suma importancia, siendo un pilar fundamental en la atención integral del paciente con cáncer. Su labor trasciende más allá de la tarea rutinaria, abarcando un papel esencial que contribuye al bienestar físico, emocional y psicológico para aquellos que luchan contra el cáncer.

El TCAE desempeña un papel fundamental en oncología al brindar atención directa a pacientes con cáncer. Sus responsabilidades incluyen cuidado personalizado, administración de medicamentos, monitorización de signos vitales, asistencia en procedimientos médicos, apoyo emocional, educación al paciente y colaboración en el equipo de salud. Su labor es crucial para garantizar una atención integral y de calidad, mejorando la calidad de vida de quienes enfrentan esta enfermedad.

6 Bibliografía

1. Garcia-Sanz, M. (2019). Atención psicológica al paciente oncológico en Cuidados Auxiliares de Enfermería mediante el Aprendizaje Basado en Problemas.
2. Hospital de día oncológico (H.D.O.). (s/f). Hospital Universitario Quirónsalud Madrid. Recuperado el 2 de octubre de 2023, de <https://www.quironsalud.com/hospital-madrid/es/cartera-servicios/oncologia/pacientes/servicios-oncologicos/hospital-dia-oncologico-h-d>.
3. La colaboración sin restricciones de:, G. a. (s/f). De Oncología Médica. Seom.org. Recuperado el 2 de octubre de 2023, de https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Libro_Hospitales_Día_en_Oncología.pdf.
4. ¿Qué es el cáncer? (1980, enero 1). Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.cáncer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>.

5. Wikipedia contributors. (s/f). Cáncer. Wikipedia, The Free Encyclopedia. <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=C%C3%A1ncer&oldid=154179302>.

Capítulo 290

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS: CUIDADO Y CONFORT DEL PACIENTE

MARIA DEL CARMEN DOS SANTOS FERREIRA

ROSANDRA ALVAREZ GARCIA

1 Introducción

El uso del enema como medio de curación tiene una larga historia que se remonta a la antigüedad. Se cree que los egipcios, hace más de 4,000 años, fueron los primeros en utilizar enemas como parte de su práctica médica. Los antiguos griegos y romanos también adoptaron esta técnica, considerándola beneficiosa para la salud y la higiene.

Durante la Edad Media y el Renacimiento, los enemas se usaban en Europa de manera regular, y se creía que purificaban el cuerpo de toxinas y ayudaban en la prevención y el tratamiento de diversas enfermedades.

A lo largo de la historia, se han desarrollado diferentes tipos de enemas, utilizando una variedad de soluciones, como agua, hierbas, aceites y otras sustancias. Estos enemas se administraban con una amplia gama de dispositivos, desde simples tubos hasta complejas bombas de enema.

Un enema es un procedimiento médico en el cual se introduce líquido en el recto a través del ano, con el propósito de limpiar, estimular la evacuación intestinal, facilitar la expulsión de gases, administrar medicamentos o realizar otros fines médicos. Los enemas se utilizan principalmente para aliviar el estreñimiento, vaciar el colon antes de ciertos procedimientos médicos o cirugías, administrar medicamentos o realizar pruebas diagnósticas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) se encarga de realizar este procedimiento siguiendo las indicaciones precisas del profesional de la salud y asegurándose de que se realice de manera segura y cómoda para el paciente. Esto implica preparar el equipo necesario, explicar el procedimiento al paciente, administrar el enema correctamente y proporcionar el cuidado y atención necesarios durante y después del procedimiento. Es necesario que esté capacitado y tenga conocimientos sólidos sobre la administración de enemas.

2 Objetivos

Abordar de manera exhaustiva la definición y los diversos tipos de enemas, así como sus usos médicos fundamentales. Profundizar en el papel esencial que desempeña el TCAE en la administración de enemas, incluyendo la preparación, el procedimiento y el cuidado del paciente.

Resaltar la importancia de garantizar la seguridad y el confort del paciente durante todo el proceso.

3 Metodología

Este trabajo se basa en una investigación que involucró una revisión minuciosa de la literatura científica disponible. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se examinaron artículos de fuentes académicas de prestigio, tales como las reconocidas bases de datos Pubmed, Medline y Scielo. Se priorizó la selección de artículos científicos que habían sido sometidos a un riguroso proceso de revisión y aprobación por parte de expertos en el campo.

4 Resultados

El enema se administra por prescripción médica. Existen dos tipos principales:

1. Enema de evacuación: estos enemas se utilizan para evacuar rápidamente el contenido del intestino grueso. Su propósito principal es aliviar el estreñimiento

o prepara al paciente para ciertos procedimientos médicos, realizar una endoscopia, en el parto o antes de poner un enema de retención. Los enemas de evacuación suelen contener una solución líquida que ayuda a ablandar las heces y estimular los movimientos intestinales para que el paciente pueda eliminar las heces de manera efectiva. Los tipos de enemas evacuantes más comunes según su composición:

- Enema de agua jabonosa: este tipo de enema se compone de agua templada a una temperatura cercana a los 37 °C, a la que se le añade jabón para crear una solución jabonosa. La cantidad administrada puede variar según la edad y el estado del paciente, generalmente en el rango de 500 a 1.500 ml. La solución jabonosa ayuda a ablandar las heces y facilita su evacuación.
- Enema salino: se prepara con agua templada a la que se le agrega sal común. Esta solución actúa como un laxante osmótico, lo que significa que atrae agua hacia el intestino, lo que suaviza las heces y estimula la evacuación. Sin embargo, puede causar una distensión abdominal discreta.
- Enemas comerciales desechables: estos enemas comerciales suelen contener soluciones hipertónicas, como fosfato sódico. Estas soluciones son más concentradas y pueden causar una irritación de la mucosa intestinal, lo que conduce a una evacuación más rápida. También pueden provocar una distensión abdominal y, en algunos casos, se utilizan antes de procedimientos médicos o quirúrgicos que requieren un colon limpio.

2. Enemas de retención: estos enemas se administran para introducir medicamentos o líquidos en el recto y el colon, donde son absorbidos por el cuerpo. Los enemas de retención se utilizan cuando es necesario administrar medicamentos directamente a través del tracto intestinal o cuando se requiere una absorción rápida de líquidos, como en casos de deshidratación. El objetivo no es evacuar, sino retener el líquido durante un periodo de tiempo específico para que se absorba.

- Enema oleoso: este tipo de enema se utiliza para lubricar, ablandar y facilitar la evacuación de las heces. Generalmente, está compuesto por aceite de oliva neutro que se calienta a una temperatura de aproximadamente 37 a 38 °C. La cantidad de solución a administrar suele estar en el rango de 150 a 200 ml para evitar la distensión excesiva del intestino. El paciente retiene esta solución durante aproximadamente una hora. Este enema está indicado en casos de estreñimiento

crónico, presencia de fecalomas (masas duras de heces) y en personas con hemorroides, donde la acción de defecar puede ser dolorosa.

- Enema medicamentoso: este enema contiene fármacos disueltos en una solución. La mucosa rectal absorbe estas sustancias, lo que permite su absorción en el torrente sanguíneo. Los enemas medicamentosos se utilizan para administrar medicamentos cuando la vía oral no es efectiva o está contraindicada. Esta vía rectal puede ser útil para administrar medicamentos que necesitan ser absorbidos rápidamente o cuando el paciente no puede tragar o retener los medicamentos por vía oral. La absorción a través de la mucosa rectal proporciona una vía alternativa para la administración de medicamentos.

- El enema opaco es una técnica utilizada en radiología para realizar estudios del intestino grueso (colon). Consiste en la introducción de una sustancia llamada papilla, que contiene bario, una sustancia radioopaca a los rayos X, a través de una sonda rectal. El objetivo principal es que esta solución de bario rellene por completo el intestino grueso para que sea visible en las radiografías.

En algunos casos, además de la papilla de bario, se introduce aire para distender los pliegues del intestino y obtener una imagen más clara del área abdominal, incluyendo el marco celiaco. Esta técnica se utiliza principalmente para detectar y evaluar lesiones, anomalías o enfermedades en el intestino grueso, como pólipos, tumores, inflamación o estrechamientos. El enema opaco proporciona imágenes detalladas del colon que pueden ayudar en el diagnóstico médico. Después de completar el estudio radiológico, generalmente se realiza un enema evacuante para eliminar la papilla de bario del intestino y restaurar las condiciones normales. Este enema evacuante ayuda al paciente a expulsar la sustancia utilizada en el estudio.

La administración de un enema requiere de ciertos materiales y un procedimiento adecuado para llevarlo a cabo de manera segura. Aquí te proporciono una lista de materiales comunes y los pasos generales para realizar un enema:

Materiales:

- Solución de enema: puede ser una solución salina fisiológica, una solución de agua jabonosa (agua con jabón suave) o una solución medicamentosa según la indicación médica.
- Enema de irrigación o bolsa de enema: un dispositivo que contiene la solución de enema y una sonda o tubo que se inserta en el recto del paciente.
- Guantes desechables: para mantener la higiene y prevenir la contaminación.
- Toallas o pañales desechables: para proteger la ropa de cama y mantener la

limpieza.

- Lubricante a base de agua: para lubricar la punta del enema antes de la inserción.
 - Bote o recipiente para la solución de enema: donde se prepara la solución antes de administrarla.
 - Área privada: un lugar donde el paciente pueda recibir el enema con privacidad y comodidad.
 - Papel higiénico: para limpiar al paciente después de la administración del enema.
- Procedimiento:

1. Preparación: lavarse las manos y colocar al paciente en una posición cómoda, generalmente acostado de lado con las rodillas dobladas hacia el pecho. Se cubre la cama con toallas o pañales desechables para evitar desorden.

2. Preparación de la solución: preparar la solución de enema según la indicación médica y la temperatura adecuada. A menudo, la solución se calienta ligeramente para mayor comodidad del paciente.

3. Lubricación: aplicar lubricante a base de agua en la punta del enema para facilitar la inserción.

4. Inserción: con cuidado, insertar la punta del enema en el recto del paciente. Debe introducirse suavemente y con precaución para evitar dañar la mucosa rectal.

5. Administración: levantar la bolsa de enema para permitir que la solución fluya hacia el recto. Se va administrando la solución gradualmente según la indicación médica.

6. Retención: indicar al paciente que retenga la solución en el recto durante el tiempo recomendado por el médico. Esto puede variar según el tipo de enema y su propósito.

7. Expulsión: una vez que haya transcurrido el tiempo necesario para la retención, el paciente puede ser llevado al baño o proporcionar un recipiente adecuado para que pueda evacuar la solución y las heces. Asegúrate de que el paciente esté seguro durante este proceso.

8. Limpieza: ayudar al paciente a limpiarse adecuadamente y a mantener la higiene.

9. Documentación: registrar los detalles de la administración del enema en la historia clínica del paciente, incluyendo la cantidad de solución utilizada, el tiempo de retención y cualquier observación relevante.

Es fundamental que este procedimiento sea realizado por personal de salud capacitado y bajo la supervisión y prescripción médica adecuada. Además, se debe brindar apoyo y comodidad al paciente en todo momento.

Es importante destacar que la administración de enemas, ya sean de evacuación o de retención, está contraindicada en ciertas situaciones y debe realizarse con precaución. Algunas de las contraindicaciones incluyen:

- Obstrucción intestinal reciente: la administración de enemas no se debe realizar si el paciente ha experimentado una obstrucción intestinal reciente o si existe la sospecha de una obstrucción intestinal. En tales casos, los enemas podrían empeorar la obstrucción o causar complicaciones graves.
- Traumatismo abdominal: cuando un paciente ha sufrido un traumatismo abdominal significativo, como resultado de un accidente o lesión, la administración de enemas puede ser contraproducente y potencialmente peligrosa. En estos casos, es esencial evaluar la situación del paciente y realizar otras investigaciones antes de considerar la administración de enemas.

Estas contraindicaciones se deben tener en cuenta para garantizar la seguridad del paciente y evitar posibles complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Los enemas desempeñan un papel significativo en la atención médica, ya que se utilizan para diversas finalidades, como la limpieza intestinal, la administración de medicamentos o la preparación para procedimientos diagnósticos. El TCAE juega un rol crucial en este proceso al asistir en la preparación, administración y comodidad del paciente, garantizando que se realicen de manera segura y eficaz, contribuyendo así a la salud y bienestar del paciente.

El personal de atención médica, incluido el TCAE, debe estar capacitado y seguir las pautas clínicas para tomar decisiones informadas sobre la administración de enemas en función de la situación y las necesidades del paciente.

6 Bibliografía

1. De recomendación S. Red de Salud [Internet]. Xunta. Gal. [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/cas_via_rectal.pdf.
2. Leiva PMA. Técnica de administración de enema por parte del TCAE. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [citado el 4 de octubre de 2023]; 2(2):13. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7813137>.
3. TEMA 12. Técnica de administración de enema [Internet]. Salusplay.com. [citado el 4 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/>

apuntes/cuidados-médico-quirúrgicos/tema-12-técnica-de-administración-de-enema.

4. Enema opaco [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 4 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003817.htm>.

5. Peña A, Carrión Muñoz F, Bravo R. E-9 Administración de enemas [Internet]. Juntadeandalucia.es. [citado el 4 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermería/enfermería/procedimientos/procedimientos_2012/e9_admin_enemas.pdf.

Capítulo 291

LA PIEL DEL PACIENTE: CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ROSANDRA ALVAREZ GARCIA

MARIA DEL CARMEN DOS SANTOS FERREIRA

1 Introducción

El estudio anatómico y fisiológico de la piel y sus anejos cutáneos es esencial para comprender cómo este órgano realiza sus funciones vitales en el cuerpo humano, incluyendo protección, regulación de la temperatura, la síntesis de vitamina D y la eliminación de desechos. El conocimiento de la estructura su función es fundamental para el cuidado de la salud.

Anatomía de la piel

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano y se compone de varias capas superpuestas, las tres capas principales son:

- Epidermis: la capa más externa, formada principalmente por células queratinizadas, tejido epitelial de tipo escamoso estratificado que proporciona protección contra los factores externos, como bacterias, virus, radiación ultravioleta y lesiones. En esta capa se encuentran los melanocitos que producen la melanina.
- Dermis: se encuentra debajo de la epidermis y es una capa más gruesa con una red de vasos sanguíneos, nervios, glándulas sudoríparas y folículos pilosos. La dermis proporciona soporte y estructura a la piel y es esencial para la nutrición y regulación térmica.
- Hipodermis: es la capa más profunda de la piel y consiste principalmente en grasa y tejido conectivo. Se le conoce también como tejido celular subcutáneo.

Sirve como aislante térmico y almacena energía en forma de grasa. También proporciona una unión entre la piel y los tejidos subyacentes.

Fisiología de la piel:

La piel desempeña varias funciones vitales para el cuerpo humano:

- Protección: la piel actúa como una barrera física que protege al cuerpo contra el daño solar las lesiones y los microorganismos. La producción de sudor y sebo contribuye a la defensa de las infecciones.
- - regulación de la temperatura: la piel regula la temperatura corporal a través del sudor cuando hace calor y mediante la contracción de los vasos sanguíneos cuando hace frío.
- Sensaciones: la piel está llena de receptores nerviosos que detectan el calor, el frío, el dolor, el tacto, la presión. Esta información es transmitida al cerebro.
- Síntesis de vitamina D: la exposición al sol estimula la producción de vitamina D en la piel, que es esencial para la salud de los huesos y del sistema inmunológico.
- Absorción y excreción: algunas sustancias y medicamentos pueden absorberse a través de la piel y también se pueden eliminar ciertos desechos y toxinas del cuerpo.

2 Objetivos

Describir el papel fundamental del Técnico Auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) en el cuidado de la piel 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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las actuaciones del TCAE en cuanto al cuidado de la piel son de vital importancia, ya que se encarga del lavado y aseo de los pacientes. Sus actuaciones las podemos reflejar en:

- Prevenir lesiones cutáneas: uno de los objetivos principales es prevenir lesiones cutáneas, como las úlceras por presión (escaras). Esto implica cambiar la posición del paciente regularmente, utilizar dispositivos de alivio de presión, mantener la piel limpia y seca y vigilar sobre todo los talones, nalgas y codos.
- Promover la higiene de la piel: mantener la piel limpia es fundamental para prevenir infecciones y problemas cutáneos. Esto incluye el baño o aseo del paciente y la limpieza de áreas específicas según sea necesario.
- Observar los cambios que se producen en la piel: el TCAE debe observar continuamente la piel del paciente en busca de cambios, lesiones, enrojecimientos o erupciones. La detección temprana de problemas cutáneos es fundamental para un manejo eficaz.
- Aplicar tratamientos tópicos: según indicaciones y bajo supervisión, el TCAE puede aplicar cremas o medicamentos tópicos en la piel del paciente para tratar afecciones específicas, como irritaciones o infecciones cutáneas.
- Educar al paciente y su familia: proporcionar educación al paciente y a sus familias o cuidadores sobre el cuidado adecuado de la piel y la prevención de lesiones cutáneas.
- Registro de cambios y procedimientos: mantener registrados las observaciones de la piel y los procedimientos de cuidado realizados.
- Promover la comodidad: garantizar que el paciente esté cómodo y libre de dolor o molestias relacionadas con la piel.
- Evaluar la efectividad del cuidado de la piel: evaluar regularmente la efectividad de las intervenciones y ajustar el plan de cuidados para garantizar que se cumplen los objetivos. Trabajan en estrecha colaboración con enfermería para garantizar el cumplimiento de las indicaciones médicas.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de este estudio se ha podido exponer la importancia y el rol fundamental del TCAE en el mantenimiento de la integridad cutánea de los pacientes, prevenir lesiones o agravamiento de problemas ya existentes colaborando con el equipo médico para contribuir a la comodidad y bienestar general del paciente. El cuidado de la piel es esencial, ya que la integridad cutánea puede verse comprometida debido a diversas circunstancias como la inmovilidad, la humedad excesiva, la fricción y la presión constante. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería son responsables de llevar a cabo una serie de prácticas fundamentales para prevenir lesiones en la piel y promover la salud cutánea.

6 Bibliografía

- 1.a.; E. E. U. (s/f). Higiene y cuidado de la piel. Mheducation.es. Recuperado el 3 de octubre de 2023, de <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176952.pdf>
2. Anónimo. (2015, mayo 10). Estudio de Dermatitis de Contacto en manos en personal sanitario de UCI del HUVR, tras introducción de un nuevo antiséptico de base alcohólica. PrevenciónIntegral & ORP Conference. <https://www.prevencionintegral.com/en/canal-orp/papers/orp-2015/estudio-dermatitis-contacto-en-manos-en-personal-sanitario-uci-huvr-tras-introduccion-nuevo>
3. de Los Estudiantes, C. Y. A. (s/f). Grado en enfermería Trabajo fin de grado. Rua.ua.es. Recuperado el 3 de octubre de 2023, de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/124583/1/CONOCIMIENTOS_Y_ACTITUDES_DE_LOS_ESTUDIANTES_DE_ENFERMER_Valdes_Sempere_Neus.pdf
4. Fustero, I., & Alvira, B. (2003). Cuidados dermofarmacéuticos en la edad adulta. *Offarm*, 22(7), 60–66. <https://www.elsevier.es/en-revista-offarm-4-articulo-cuidados-dermofarmaceuticos-edad-adulta-13050008>
5. Torra-Bou, J. E., Verdú-Soriano, J., Sarabia-Lavin, R., Paras-Bravo, P., Soldevilla-Ágreda, J. J., & García-Fernández, F. P. (2016). Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos*, 27(4), 161–167. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2016000400007&script=sci_arttext&tlng=en
6. Wikipedia contributors. (s/f). Dermis. Wikipedia, The Free Encyclopedia. <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Dermis&oldid=149934251>

Capítulo 292

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

ANA MARIA CUMPLIDO SOBRINO

BEGOÑA LAZARO SANCHEZ

RAQUEL RUBIO PRESTEL

LIDIA GARCIA GARCIA

GEMMA GONZÁLEZ MORCILLO

1 Introducción

La unidad de Medicina Interna de un hospital es un servicio destinado a dicha especialidad. Se encarga de la atención integral del paciente adulto. Podemos decir que abarca desde el diagnóstico y el tratamiento y hasta de la prevención de las enfermedades.

Al ser una rama de la medicina que se encarga de dar asistencia de modo integral al paciente, digamos que abarca un gran abanico de posibilidades en cuanto a un diagnóstico se refiere. Por este motivo, los especialistas en Medicina Interna deben ser médicos debidamente cualificados y con un amplio conocimiento del ser humano en general.

El médico internista muchas veces es un puente entre el paciente y aquellos especialistas como pueden ser cardiólogos o nefrólogos, entre otros. Puesto que

el paciente presenta una serie de síntomas que hay que diagnosticar y muchas veces para un mismo tratamiento se precisan varios profesionales especialistas distintos.

La unidad de Medicina Interna en un centro hospitalario supone un importante porcentaje de las camas que hay en él. Precisa, al igual que el resto de los servicios, de un equipo multidisciplinar de personas que desarrollen su trabajo en él, desde los propios médicos internistas, hasta los celadores, pasando por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que son de los que vamos a hablar en el presente artículo.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste la unidad de Medicina Interna dentro del ámbito hospitalario.
- Exponer las funciones que desempeña en este servicio el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el papel que juega en dicha unidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo hemos realizado una investigación basada en una revisión bibliográfica de diferentes artículos y publicaciones de carácter sanitario relacionados con el tema a tratar.

Además, hemos tenido que consultar algunas bases de datos de carácter sanitario como son Medline y PubMed, empleando términos como internista, medicina interna.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el profesional que más tiempo se lleva en contacto con los pacientes. En la unidad de Medicina Interna nos podemos encontrar con pacientes que presentan unas patologías muy diferentes unas de otras, al igual que la gravedad de la enfermedad, nos podemos encontrar a un paciente ingresado con una patología leve y a otro con patologías que pueden necesitar de cuidados paliativos porque no tienen solución.

Debido a este abanico de posibilidades en cuanto al tipo de pacientes nos referimos, es necesario que el personal que desempeña su labor en este servicio este preparado para tratar a cada uno de los enfermos que ingresan.

En el caso en concreto del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, que es el que ahora nos ocupa, deben conocer muy bien el tipo de paciente para poder ofrecerle una atención asistencial de calidad.

Algunas de las muchas funciones que estos profesionales desarrollan son las siguientes:

- En la Unidad de Medicina Interna y debido a la carga tan elevada de trabajo, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe repartir la carga de trabajo entre el número de trabajadores por cada turno, asegurándose así una mejor atención para el paciente.
- Es muy importante, antes de comenzar a trabajar en cada turno, organizar el trabajo junto con los enfermeros.
- Antes del inicio de la jornada es muy importante también que haya un parte comunicado por parte de enfermería, donde el auxiliar será informado del tratamiento, cuidados, preparación de pruebas, etc.... de cada uno de los pacientes.
- La toma de temperatura antes de comenzar en cada turno es algo que también realizaran los auxiliares de enfermería, así como su registro en el programa correspondiente.
- El aseo, cambios de pañal, si no es el turno de mañana o los cambios posturales en aquellos pacientes que lo necesitan, es otra tarea exclusiva del auxiliar de enfermería.
- Es muy importante conocer la dieta que tiene cada paciente o si está en dieta absoluta, para que cuando llegue el momento del reparto de comidas, sepan gestionarlo sin ningún tipo de incidencia.
- Reparto y retirada de las bandejas de la comida. En este caso realizarán esta función generalmente con la ayuda del pinche de cocina.
- La higiene oral después de cada comida es muy importante. Tendrán que fomentarla entre aquellos pacientes con autonomía suficiente para que lo hagan ellos mismo o en el caso de un paciente dependiente, será el propio técnico en cuidados auxiliares de enfermería quien lo realice.
- Se deben controlar las deposiciones y diuresis de los pacientes, y al final del turno serán registradas donde correspondan. A aquellos pacientes portadores de sondas se les vaciará la bolsa de diuresis o se les cambiará por otra, según lo que establezca el protocolo.
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ayudará al celador a levantar y a acostar a aquellos pacientes que lo tengan prescrito y no sean autónomos.
- El auxiliar de enfermería en cada turno debe dejar los carros, tanto de lencería como de medicación y curas, debidamente repuesto y limpio para el turno siguiente.

iente.

- Si hay que recoger alguna muestra de orina o heces, también se encargaran de ello, para que posteriormente el celador pueda trasladarlos al laboratorio.
- Por último, es muy importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería conozca las altas y los ingresos que se produzcan en el turno para así, poder tener siempre la habitación y los mecanismos necesarios listos para el nuevo ingreso.

5 Discusión-Conclusión

Tras a investigación realizada, se confirma que el servicio de hospitalización de la Unidad de Medicina Interna comprende un amplio abanico de posibilidades en cuanto al tipo de paciente se refiere.

El personal sanitario que forman la planilla de trabajo en esta unidad debe tener una serie de conocimientos bastante amplios para poder tratar con este tipo de pacientes, ya que presentan patologías muy diferentes unas de otras.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá adaptar sus funciones de trabajo según el paciente con el que traten. Pueden dar con pacientes completamente autónomos que prácticamente no precisen ningún tipo de asistencia, pero, por el contrario, pueden dar con pacientes totalmente dependientes que precisen que se les realice todo.

En cuanto a la realización del trabajo, en esta unidad de existir una coordinación perfecta entre todos los trabajadores, pero sí que es cierto que entre enfermería y auxiliares debe haber mucha comunicación para poder llevar a cabo el trabajo de la mejor manera posible y obteniendo los mejores resultados.

6 Bibliografía

1. La atención en la medicina interna de un hospital y el TCAE - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com).
2. Sistemática de Trabajo Auxiliares de Enfermería/TCAE en una Unidad de Medicina Interna - Protocolos (auxiliar-enfermeria.com).
3. Organización de las tareas de Enfermería en una planta de hospitalización de Medicina Interna - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com (revista-portalesmedicos.com)
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 293

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS GINECOLÓGICAS

LIDIA GARCIA GARCIA

ANA MARIA CUMPLIDO SOBRINO

GEMMA GONZÁLEZ MORCILLO

RAQUEL RUBIO PRESTEL

BEGOÑA LAZARO SANCHEZ

1 Introducción

El servicio de urgencias de un hospital es un área de grandes dimensiones donde se da atención a aquellas personas que sufren enfermedades, lesiones o accidentes y requieren una atención rápida y eficaz. En estos casos hay veces que el paciente puede correr un riesgo tan grande que sea su vida la que está en juego.

Dentro del área de urgencias, podemos distinguir diferentes zonas. Cada una destinada a tratar los problemas de cada especialidad. En esta ocasión nos vamos a centrar en las urgencias ginecológicas.

Generalmente en la zona de ginecología del servicio de urgencias, el tipo de paciente que suele acudir son mujeres que están en situación de embarazo. Aunque

también se dan casos que nada tienen que ver, como dolores abdominales bajos, hemorragias que no se ha podido controlar, complicaciones de algún tipo de prueba o intervención como puede ser una histeroscopia, etc.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería que trabaje en este servicio ha de estar familiarizado con todos y cada uno de los mecanismos o dispositivos que se emplean con este tipo de pacientes.

Al igual que debe conocer a la perfección el funcionamiento de las urgencias para que el trato al paciente sea rápido y eficaz, puesto que en muchos casos una rápida intervención nos asegura un éxito en el tratamiento al paciente.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de las urgencias ginecológicas, así como su funcionamiento y organización.
- Explicar las funciones que lleva a cabo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este servicio, como debe ser su trato hacia el paciente y fomentar el trabajo en equipo para una mayor coordinación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Habiendo consultado varios artículos y publicaciones de carácter sanitario, hemos observado que las urgencias ginecológicas, es uno de los servicios dentro de urgencias que más pacientes recibe.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería que desempeñe sus funciones en este servicio debe conocer a la perfección como se trabaja en el área de urgencias. Debe tener una actuación rápida y eficiente para poder ofrecer la mejor atención al paciente y así minimizar los posibles riesgos que puedan surgir.

Dentro del área de ginecología, el tipo de paciente que se trata es bastante específico y, por lo tanto, deben existir unos protocolos de actuación claramente definidos para todos los trabajadores.

En esta ocasión nos vamos a centrar en la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en sus funciones y en el trato que debe tener con el paciente.

Es muy importante dejar claro que cuando alguien acude al servicio de urgencias, por lo general, es porque de alguna manera repentina ha sufrido algún malestar que es necesario tratar con carácter urgente. Por este motivo, el factor psicológico por parte del auxiliar de enfermería juega un papel imprescindible.

Algunas de las funciones que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el área de las urgencias ginecológicas son las siguientes:

- La recepción del paciente y de su documentación como la historia clínica.
- Hay que comprobar que todos los datos están correctos, así como verificar que la hoja de urgencias coincide con su historia médica.
- Acomodar al paciente en la camilla de exploración y ayudar o asistir al resto de profesionales para realizar la exploración correspondiente.
- Si es necesario tomar una muestra de orina o heces, será el responsable de hacerlo.
- Es el encargado de trasladar las muestras que se recogen al servicio de laboratorio.
- Una vez finalizada la exploración del paciente, debe retirar el material que se ha utilizado, limpiar las zonas que sean necesarias y reponer de nuevo la sala o el box con todo lo necesario para poder pasar a otro paciente.

En todo momento, el auxiliar de enfermería debe mostrar empatía con el paciente que se encuentra en urgencias, ya que se sienten vulnerables y muchas veces con miedo ante la situación que están viviendo.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de las urgencias ginecológicas necesita un mínimo de especialización por parte del personal que trabajan en ellas. Se emplean dispositivos muy característicos de la exploración de ginecología que todo técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe conocer.

Como en todos los servicios dentro del área de urgencias, es muy importante saber gestionar con herramientas psicológicas la ansiedad que presentan muchos pacientes ante una situación de gravedad. Por ello siempre incidimos en lo necesario que es empatizar con el enfermo para poder ofrecerle una atención de calidad.

Por último, pero no menos importante es saber manejarse como trabajador dentro de cada área del servicio de urgencias, esto conllevará una atención rápida y eficaz que en muchos casos es vital para los pacientes que entran por urgencias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 294

TENDIDO DE LAS DISTINTAS CAMAS HOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DEL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MAYRA VANESSA PÉREZ MARTÍN

1 Introducción

La cama hospitalaria es uno de los elementos mas importantes dentro de la unidad del paciente junto con el resto de objetos necesarios para el periplo hospitalario, el estado de conservación y aspecto son factores importantes en la recuperación del paciente.

De esta manera un buen tendido de la cama puede resultar crucial en el estado de bienestar del paciente en la movilidad, el confort e incluso la protección y seguridad. Podemos distinguir entre diferentes tipos de cama, su utilidad y el tipo de arreglo que necesita cada una conforme a su futura utilidad.

Generalmente en los centros sanitarios el tendido de la cama corre a cargo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería que se ocupa de su correcta disposición en base a unos fundamentos adquiridos.

En el medio hospitalario se pueden encontrar varios tipos de camas ya sea una u otra su utilización. Nos podemos encontrar con la cama abierta, la cama cerrada, cama quirúrgica y la cama ocupada.

La limpieza, la higiene y el arreglo correcto de estas camas es fundamental para que el paciente se encuentre en un entorno agradable y pulcro y a su vez se

facilite el trabajo a los profesionales encargados de su recuperación dentro de las condiciones ambientales adecuadas como son la iluminación, temperatura, limpieza.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ha de procurar que la unidad del paciente conserve en todo momento el aspecto deseado y en concreto el buen estado del tendido de la cama.

En este capítulo nuestro objetivo es el de conocer en profundidad todas las técnicas de tendido de camas de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería dentro de la unidad del paciente y en todo el tipo de camas utilizadas.

2 Objetivos

Conocer el tipo de camas dentro de la unidad del paciente, su utilización en cada servicio.

Describir las técnicas de tendido de las diferentes camas por el técnico en cuidados básicos de enfermería.

3 Metodología

Para el análisis del presente estudio de investigación acerca del tendido de las camas por parte de los TCAES se han revisado libros de enfermería McGraw Hill, artículos de Ocronos, y de diferentes revistas médicas seleccionando las de mayor interés para el tema a desarrollar.

4 Resultados

Tras realizar la revisión bibliográfica y selección de artículos de interés se distinguen entre diferentes tipos de camas según servicio y utilidad dentro de la unidad del paciente.

La unidad del paciente comprende el espacio que ocupará el paciente durante su estancia en el hospital responsable de proporcionar confort y descanso al paciente y seguridad y comodidad en el trabajo a los profesionales a su cargo.

Podemos distinguir entre cama abierta, cama cerrada, cama ocupada y quirúrgica. cama abierta es la utilizada para el paciente que se encuentra con facultades de movilidad, levantarse al baño, sentarse en el sillón. Permite al paciente levantarse y tumbarse libremente sin necesitar ayuda por parte del técnico en

cuidados auxiliares de enfermería. esta cama consta de una sábana bajera, una sábana encimera, almohada con su correspondiente funda, colcha o manta.

Para la realización del tendido lo primero que realizará el técnico será lavarse las manos colocarse guantes y explicar al paciente lo que se va a hacer ya que puede deambular y mientras tanto permanecería sentado en el sillón. Se procede a frenar la cama y colocarla en posición horizontal, retirar la almohada y retirar la funda que se guardará en la saca de sucio, a continuación retirar el resto de sábanas envolviéndolas sobres si mismo y depositándolas también en la saca.

Es importante que el aseo y tendido de la cama abierta sea una vez al día o mas si el se ensuciasen durante el día ya que proporcionará al paciente una sensación de pulcritud y confort. Se procede a tender una sábana bajera estirando bien los bordes sobre el cubrecolchón, se remeten los bordes, en ocasiones se dispone también de un hule para protegerla, una encimera sujetándola a los pies de la cama realizando un plegado triangular junto a una colcha que se colocará encima y su correspondiente embozo, se procura dejar la cama semi abierta para facilitar que el paciente se introduzca y también pueda salir con facilidad de ella. Se coloca de nuevo la almohada con su funda limpia y estirada sobre la cama correctamente vestida.

Por otro lado tenemos la cama cerrada que es la que se encuentra desocupada de pacientes ya sea en habitación individual o compartida esperando la llegada de un paciente al hospital que le sea asignada. Es una cama con un tendido igual con la diferencia de que en esta no hay paciente y el TCAE la realiza dejándola el tendido de la cama cerrada.

También tenemos la cama ocupada que es aquella que está ocupada por un paciente también pero con poca o nula movilidad y sin capacidad de deambulación, es una cama que va a permanecer ocupada casi las 24 horas del día donde es de vital relevancia la higiene el cuidado y el tendido de la misma. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe procurar en todo momento que se encuentre en las mejores condiciones posibles. Durante el aseo al paciente colocará un biombo para preservar la intimidad del mismo.

De la técnica de tendido de esta cama depende factores de salud muy importantes, como la creación de las úlceras por presión y otras lesiones de la piel del paciente. es una cama cuyo tendido es relevante también en la intervención del personal de enfermería en la realización de curas, de la vista del facultativo, incluso otras pruebas diagnósticas que se le deban realizar al paciente y además de todos los cuidados de los técnicos auxiliares a la hora de realizar el aseo del paciente y demás cuidados que reciba.

Es una cama que puede requerir también que sea tendida varias veces al día ya se

a por manchas de fluidos corporales o sudor, o incluso cuando el paciente come puede accidentalmente mancharla. Se ha de cambiar cuantas veces sea necesaria. El correcto tendido de la cama ocupada también es importante de cara a las futuras movilizaciones del paciente. para ello además de la sábana encimera y la bajera se coloca una entremetida que servirá al técnico en la colocación del paciente dentro de la cama. Su tendido es diferente a las demás ya que se realiza con el paciente dentro de ella.

Generalmente el procedimiento es asear al paciente primero y después retirada de las sábanas sucias y tendido de la cama.

La cama quirúrgica es la cama que se encuentra preparada para el paciente que espera una intervención o pacientes en unidades de críticos u otras unidades especiales. Esta cama y su tendido son distintos a la abierta, cerrada y ocupada. En este caso también disponemos de los mismos elementos, cubre colchón, sábana bajera, sábana encimera, colcha, almohada y funda de almohada. en el caso de que la cama quirúrgica se utilice para intervenciones esta no llevará almohada, al igual que en algunos pacientes críticos.

En el caso de pacientes en aislamiento es de vital importancia que el tendido de la cama sea realizado con la mayor pulcritud posible no aireando la ropa de cama sucia para no repartir cualquier germen por el aire por el riesgo de contaminación del resto de pacientes y profesionales. El TCAE ha de ser escrupuloso en el manejo y tendido de este tipo de cama. La ropa de cama sucia jamás se mezclará con la limpia ni se depositará en el suelo. Se utilizarán dos carros uno de lencería limpia y otro de lencería sucia. El técnico se lavará las manos y se pondrá guantes nuevos con cada vez que realice la técnica de tendido de la cama. Todas estas técnicas diferentes de tendido de camas son de vital importancia en la unidad del paciente y el técnico ha de conocer y ejecutar la actividad perfectamente siguiendo todos los protocolos asignados a su unidad con importante relevancia ya que forma parte del bienestar y la recuperación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El tendido de cama es una técnica que realizan a diario los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para vestir la cama hospitalaria con la lencería necesaria dependiendo del tipo de cama y utilidad para la que se destina dentro de sus múltiples labores de atención y aseo al paciente.

Las técnicas de tendido de cama tienen como misión facilitar la labor profesional de todos los involucrados en la recuperación del paciente. Permite que el paciente cubra sus necesidades de descanso y sueño con el máximo confort posible mien-

tras recibe un tratamiento, intervención y el alta, forma parte de la unidad del paciente y es uno de los elementos mas importantes.

Ya sea el tendido de la cama abierta, cerrada, ocupada o quirúrgica el tendido de las mismas recae sobre los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería asignados a la unidad cuya misión como profesionales sanitarios del cuidado es mantenerlo en las condiciones mas higiénicas posibles para preservar la salud del los pacientes. En cada unidad y dependiendo de cada paciente podemos observar que el tendido de la cama recibe variaciones fundamentales.

Para la realización del tendido de cualquier cama hospitalaria lo primero que realizará el técnico será lavarse las manos y colocarse unos guantes, explicar al paciente lo que va a realizar a continuación frenar la cama y colocarla en posición horizontal, retirar la lencería sucia y depositarlo en el carro de sucio. A partir de ahí la preparación y el tendido de cama se personaliza dependiendo de cada tipo de cama como hemos descrito anteriormente.

Como hemos podido comprobar el tendido de la cama es de especial importancia para el correcto reposo del paciente en cualquier unidad que se encuentre y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es la figura que se encarga de la correcta realización del tendido de la cama. De la correcta realización de ello depende la recuperación del paciente y el bienestar durante su estancia en el hospital.

Los TCAES responsables directos con sus técnicas de tendido de las distintas camas hospitalarias realizan su cometido bajo la premisa de ofrecer comodidad, seguridad y limpieza cubriendo las necesidades de sus pacientes.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/tcae-tecnicas-arreglo-cama-hospitalaria/>

<https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448177002.pdf>

<https://udoe.es/tipos-de-tendido-de-cama/>

Capítulo 295

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU APOYO INTEGRAL A PERSONAS CON SÍNDROME DE BURNOUT

NATALIA ALCAIDE MARTIN

1 Introducción

El síndrome del burnout o también conocido como síndrome del desgaste profesional o quemado, sucede cuando un trabajador tiene problemas con sus compañeros porque le acosan o le añaden cantidades excesivas de trabajo solamente para él, convirtiéndose su ámbito laboral como una pesadilla causante del estrés y de la ansiedad.

Hoy en día este tipo de síndromes es una respuesta a una forma inadecuada de las condiciones laborales, causando estrés crónico, ansiedad y haciendo que estas personas adquieran ciertas conductas o comportamientos indeseados y consentimientos negativos hacia los compañeros o con la gente que les rodea sintiéndose agotado emocionalmente.

Se puede manifestar mediante los siguientes síntomas, presentando un agotamiento mental, con formas de comportarse o conductas negativas con los compañeros o resto de las personas, sentirse poco productivo o con una baja realización personal.

Este tipo de trastorno puede detectarse si en la persona experimenta cansancio emocional, frialdad o deja de ser eficaz en su puesto de trabajo.

Hoy en día, muchas personas en sus ámbitos laborales cuentan con ambientes de trabajo desagradables y están viviendo esta situación, por ello, padecen este tipo

de síndrome del desgaste profesional, pero lo que pasa que no es muy frecuente que sea reconocido por la sociedad.

2 Objetivos

Dar a conocer cuáles son las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para poder ayudar a las personas con burnout.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Medline, Scielo, PubMed y Google Académico.

4 Resultados

Algunas de las soluciones ante este tipo de trastorno pueden ser las siguientes para prevenir y afrontar el síndrome del desgaste profesional:

- La reestructuración cognitiva que consiste en aprender a controlar los pensamientos negativos y cambiarlos por pensamientos positivos.
- Las habilidades sociales tratan de potenciar los comportamientos eficaces para relacionarse con los compañeros.
- Capacidad para resolver problemas mediante el uso de respuestas rápidas y eficaces que pueden surgir de imprevisto.
- Métodos para aprender a respirar, para relajarse, también técnicas de mindfulness.
- También estrategias organizativas como:
 - . De socialización: el trabajador debe de adquirir habilidades que son necesarias para hacer su trabajo para adentrarse al mundo laboral.
 - . De evaluación: se debe de informar al trabajador sobre sus tareas y aconsejándole, pero que no lo tome como un juicio, sino para su mejoría y su eficacia en su ámbito laboral.
 - . De organización: se debe de crear un ambiente lo más positivo y óptimo, siguiendo un desarrollo adecuado y que sienta motivación para que su desarrollo profesional sea exitoso.

Algunos de los síntomas pueden ser: agotamiento físico, mental y social, el nivel de la autoestima bajo, sentir poco realizado, estar en tensión constantemente, dificultad a la hora de concentrarse, formas de conducta agresivas, taquicardias o latidos fuertes del corazón, dificultades a la hora de dormir, aburrimiento, apatía, sensibilidad e irritabilidad, falta al trabajo, mala comunicación con los compañeros de su entorno laboral...

Pueden existir dos tipos de síndrome del desgaste profesional:

- Activo: tiene una conducta asertiva. Tiene relación con elementos fuera de la profesión.
- Pasivo: tiene sentimientos de apatía y tiene relación con factores psicosociales.

El TCAE debe de apoyar y brindar las necesidades básicas a este tipo de pacientes, conversar con ellos, hacerles sentir cómodos y seguros.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo se destaca la importancia de que el TCAE debe de apoyar tanto al paciente como a sus familiares, realizar actividad física para evadir la mente, quedar con seres queridos, evitar el exceso de trabajo, hacer las tareas diarias con normalidad como se hacía anteriormente, adquirir rutinas saludables, tener turnos y horarios de trabajo flexibles, controlar y hacer evaluaciones del estrés, pedir ayuda psicológica...

Para ello, debemos de concienciar más a la sociedad de este tipo de síndrome que muchas personas lo sufren de forma solitaria y muchos no lo sabemos, por lo que debemos de respetar y tratar adecuadamente a las personas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 296

EVIDENCIA SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA FISIOTERAPIA LUMBOPÉLVICA EN EMBARAZO Y PARTO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

SORAYA BONILLA MARTÍNEZ

ANTONIO GÓMEZ MARTÍNEZ

ROCIO ORTIZ VILCHEZ

SABRINA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ

LAURA VERGARA SAEZ

1 Introducción

Los cambios estructurales propios de la adaptación de las cavidades de la región lumbo-pélvica durante la gestación y el parto se deben al posicionamiento horizontal del sacro y al aumento de la lordosis lumbar debido al crecimiento del útero y el aumento del peso fetal que desvía el centro de gravedad; la pelvis bascula hacia adelante, los músculos psoas, oblicuos, recto abdominal, obturador interno, tensor de la fascia lata y sartorio se someten a tensión, se irritan los ligamentos interespinosos y se elongan los músculos pectíneo, obturador externo, isquiotibiales, piriforme, géminos y glúteo mayor. Además, todo ello se acompaña de la sobrecarga discal en los últimos niveles intervertebrales (L4/L5 y L5/S1) junto con rotación vertebral.

Estas alteraciones biomecánicas condicionan una movilidad pélvica excesiva motivo de dolor, disfunciones articulares sacras, ciatalgias, pubalgias, hernias abdominales, herniaciones discales a nivel lumbosacro y síndrome piramidal; todos ellos, inducidos, en parte, por la falta de potencia glútea y el exceso de secreción de la relaxina, una hormona peptídica que actúa sobre articulaciones y ligamentos, potenciando síntomas junto a las disfunciones somáticas preexistentes (síndrome osteo-músculo-articular abdomino-pelviano), especialmente en los últimos meses de embarazo, cercanos al momento del parto.

A partir del ejercicio terapéutico, técnicas de fisioterapia manual y sus métodos especializados en brindar atención integral a la mujer durante el proceso, se pueden disminuir las modificaciones anatómicas y estructurales producidas en el embarazo, mejorar los síntomas y asistir al parto fisiológico, con la consiguiente mejora del pronóstico durante el postparto.

2 Objetivos

Entre los objetivos que nos planteamos en esta revisión, encontramos:

Objetivos principales:

Indicar las técnicas de movilizaciones lumbo-pélvica beneficiosas durante la gestación y el parto para mantener las condiciones estructurales que favorezcan los procesos fisiológicos óptimos restringiendo disfunciones osteoarticulares y posibles síntomas dolorosos.

Objetivos secundarios:

Disminuir el temor y las preocupaciones del parto a través de pautas terapéuticas y la preparación física de las embarazadas para interviniendo en el circuito “temor-tensión-dolor”.

3 Metodología

Con objeto de documentar y realizar el presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, procedente de publicaciones académicas revisadas.

Fuentes documentales consultadas: Pubmed, Medline, Scielo, PEDro.

Estrategias de búsqueda:

- Acotación por año de publicación entre 2019-2023.
- Palabras clave: “pelvic movement pregnant”.

4 Resultados

Tal y como se ha mencionado, los cambios osteomusculares propios de la gestación y el parto, ocasionan alteraciones biomecánicas que derivan en disfunciones articulares y/o síndromes dolorosos, con influencia en el parto.

Para controlar estos efectos, es esencial conseguir equilibrar la lordosis lumbar (exacerbada) así como una correcta biomecánica de las estructuras implicadas en la zona lumbo-pélvica, incluyendo una serie de técnicas de tratamiento y ejercicios terapéuticos que se realizarán según las necesidades de la paciente y su condición física, entre los que podemos encontrar:

Técnicas de fisioterapia manual con objeto de equilibrar las disfunciones articulares:

- Terapia Manual Osteopática (TMO) para la corrección de iliaco anterior y/o sacro en flexión unilateral en el complejo lumbo-pélvico y vértebras lumbares en extensión, durante el 2º y 3º trimestre, de forma segura.
- Tratamiento del músculo piramidal, asociado a disfunción en la articulación sacroiliaca y un espasmo reflejo relacionado con las ciatalgias.
- Tratamiento miofascial del músculo psoas, acortado por la anteversión pélvica.
- Técnicas músculo-energía en excéntrico para músculos aductores de cadera.
- Técnicas de Stretching en flexión de los músculos espinales a nivel lumbar.
- Masoterapia perineal, suelo pélvico, musculatura glútea y espinal para prevención de contracturas musculares.

Ejercicio terapéutico:

- Método Pilates para fortalecer músculos que soportan cargas durante el embarazo (abdomen, paravertebrales, perineal) y favorecer la amplitud de los movimientos articulares, equilibrando la biomecánica.
- Ejercicios de parto con pelotas fitball, como basculaciones y rotaciones lumbo-pélvicas y circunducciones, ligadas a flexo-extensión de cadera para aumentar la comodidad materna, ensanchar la salida pélvica y facilitar la progresión del

trabajo de parto, relajando las estructuras musculares del suelo pélvico y disminuyendo el dolor en mujeres sin epidural.

- Corrección e higiene postural mediante la mejora del control motor.

Algunos de los recursos que podemos aplicar para la realización de los ejercicios son el uso de aros, pelotas de distinto tamaño, bandas elásticas, entre otras.

5 Discusión-Conclusión

Primeramente, es importante realizar una anamnesis y diagnóstico acerca de los síntomas, los episodios dolorosos, el estadio y la evolución del embarazo y el feto, así como las posibles contraindicaciones en las actuaciones de fisioterapia debido a la sensibilidad del colectivo del que se trata.

El abordaje multidisciplinar de la paciente embarazada a través de la terapia manual en partes blandas, las manipulaciones osteopáticas y el ejercicio terapéutico, entre otras, mitigan los dolores lumbo-pélvicos por el cambio del centro de gravedad durante el embarazo, más exigente durante el 3º trimestre, próximo al parto.

En esta revisión se encontró que:

- La Terapia Manual Osteopática es beneficiosa y segura durante el 2º y 3º trimestre de embarazo, puesto que otorga una disminución significativa del dolor a nivel lumbar y pélvico.
- El ejercicio durante el embarazo es seguro y puede reducir los riesgos de algunas complicaciones relacionadas con el embarazo a través de estrategias de prevención para los episodios de dolor lumbar a largo plazo.
- El método Pilates es eficaz y seguro para aumentar la estabilización lumbo-pélvica, reducir el dolor, mejorar la movilidad y los problemas de sueño en embarazadas con dolor lumbar.
- Los ejercicios de parto con fitball reducen significativamente el dolor materno durante el trabajo de parto sin epidural, interviniendo en el circuito “temor-tensión-dolor” que pudiese presentarse y favorece la actitud positiva y participativa de la gestante.

Sin embargo, se recomienda continuar y ampliar las investigaciones que docu-

menten el impacto de las disfunciones de movilidad lumbo-pélvica y las posibles complicaciones asociadas durante el embarazo y parto.

6 Bibliografía

1. Brown WJ, Hayman M, Haakstad LA, Lamerton T, Mena GP, Green A, Keating SE, Gomes GA, Coombes JS, Mielke GI. Directrices australianas para la actividad física durante el embarazo y el posparto. *Revista de Ciencia y Medicina en el Deporte*. 25(6):511-9.
2. Grenvik JM, Rosenthal E, Wey S, Saccone G, De Vivo V, De Prisco LCP A, Delgado Garcia BE, Berghella V. Birthing ball for reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2022 Dec 12;35(25):5184-93.
3. Grenvik JM, Coleman LA, Berghella V. Birthing balls to decrease labor pain and peanut balls to decrease length of labor: what is the evidence?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2023 Mar 21.
4. Gutierrez Prado VE. Investigación bibliográfica de las manipulaciones lumbo-pélvicas para mitigar el dolor en pacientes embarazadas (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
5. Santos FF, Lourenço BM, Souza MB, Laísa BM, Oliveira VC, Oliveira MX. Prevention of low back and pelvic girdle pain during pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials with GRADE recommendations. *Physiotherapy*. 2022 Sep 15.
6. Sonmezer E, Özköslü MA, Yosmaoğlu HB. The effects of clinical pilates exercises on functional disability, pain, quality of life and lumbopelvic stabilization in pregnant women with low back pain: A randomized controlled study. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*. 2021 Jan 1;34(1):69-76.

Capítulo 297

FISIOTERAPIA EN LA EVALUACIÓN DEL SUELO PÉLVICO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

SORAYA BONILLA MARTÍNEZ

SABRINA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ

LAURA VERGARA SAEZ

ROCIO ORTIZ VILCHEZ

ANTONIO GÓMEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

El riesgo de afecciones del suelo pélvico, por su anatomía, es común y mucho mayor en el sexo femenino debido a los procesos de embarazo y parto, afectando a mujeres de todas las edades, con una prevalencia estimada en torno al 25% en países desarrollados y al 46% en países pobres, aproximadamente.

Cabe destacar que los profesionales médicos consideran los trastornos del suelo pélvico un problema menor, en la mayoría de las ocasiones, dando la prioridad a otras patologías consideradas más relevantes.

La patología del suelo pélvico afecta a la calidad de vida de mujeres adultas, que suelen consultar en la mayoría de casos por incontinencia urinaria y/o fecal, por

prolapso genital de manera aislada o en combinación con otras afecciones relacionadas, y también por disfunciones sexuales.

El suelo pélvico es una estructura de músculos y tejido conectivo que funciona como soporte y suspensión de los órganos pélvicos y abdominales (vejiga, uretra, útero, vagina, recto, conducto anal y aparato esfinteriano) y participa en las funciones de los mismos desempeñando un papel crucial en la continencia urinaria y fecal. El músculo elevador del ano (MEA) cubre la mayor parte de la pelvis, y junto al músculo iliococcígeo y el músculo esfínter externo del ano forman el diafragma pélvico.

Sus principales funciones son:

- Sostén: como soporte a vísceras abdominales.
- Continencia: responsable de continencia urinaria o fecal.
- Sexual: los músculos del suelo pélvico son responsables de las contracciones musculares involuntarias durante el orgasmo.
- Reproductiva: facilita la flexión del sacro y cóccix, responsable de la rotación del feto durante el parto en su navegación a través de la cintura pélvica.

La inervación del músculo elevador de ano procede del plexo sacro, de las raíces S3, S4 y a veces S2, tras individualizarse del tronco ciático, el nervio pudendo, perineal y rectar inferior.

En el proceso de parto, cabe la posibilidad de que haya un traumatismo sobre el músculo elevador del ano, o, incluso, pueden producirse lesiones a nivel de los nervios pudendos, debido a desgarros, episiotomías y uso del fórceps e instrumental, lo que supone un factor de riesgo para la denervación y atrofia de este músculo.

La afección de la musculatura del suelo pélvico suele coexistir con las disfunciones del mismo. Su evaluación a través del examen físico con técnicas manuales de fisioterapia por parte de un profesional cualificado, proporciona información relevante para su diagnóstico y tratamiento, con apoyo de otras herramientas.

2 Objetivos

- Realizar una búsqueda bibliográfica y lectura crítica de la evidencia científica acerca de las técnicas de fisioterapia para la valoración del debilitamiento del suelo pélvico, incontinencias, prolapsos y la disfunción sexual femenina.
- Promover la extensión y el dominio de las pruebas y técnicas de valoración del suelo pélvico entre los fisioterapeutas para desmitificar su uso.

3 Metodología

Con objeto de documentar y realizar el presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, procedente de publicaciones académicas revisadas.

Fuentes documentales consultadas: Pubmed, Medline, Scielo, PEDro.

Estrategias de búsqueda:

- Acotación por año de publicación entre 2019-2023.
- Palabras clave: “valoración suelo pélvico” y “fisioterapia suelo pélvico”.

4 Resultados

Los artículos revisados muestran que es necesario realizar una correcta entrevista clínica junto con una exploración física general, neurológica y ginecológica, y así identificar factores de riesgo para después realizar una exploración dirigida al suelo pélvico, tanto física como complementada con otras técnicas accesorias. Así:

- Clínicamente, en el examen físico de los músculos del suelo pélvico se valora el tono basal, la fuerza y resistencia muscular, la coordinación muscular, la activación refleja, así como de la capacidad para relajar la musculatura.
- Respecto al tono, es decir, la resistencia del músculo ante el estiramiento o el movimiento pasivo, pueden existir músculos hiperactivos (no se relajan e incluso se contraen cuando funcionalmente deben relajarse); y músculos hipoactivos (no se contraen voluntariamente cuando son demandados); o músculos que no responden. El espasmo muscular del suelo pélvico se define con la contracción

indebida e involuntaria, cuya sensación cuando se palpa es dolorosa, percibida como una sensación de calambre.

- Los prolapsos en estadios iniciales suelen ser asintomáticos; los de estadios superiores incluyen sensación de bulto o presión pélvica, síntomas urinarios, síntomas defecatorios y efectos sobre la función sexual.
- Además, se valora la fuerza (capacidad de generar fuerza en el musculo) y la resistencia muscular (capacidad de mantener la fuerza máxima o cercana a ella).
- Los músculos del suelo pélvico durante el orgasmo, se contraen, e intervienen en la sensación vaginal. Así, la hipotonicidad se relaciona con hipoestesias vaginales, incapacidad para alcanzar el clímax e incontinencias coitales, mientras que la dispareunia está asociada a la hipertonicidad.
- En las pruebas de incontinencia se valorará el tono muscular tanto de la vagina como del ano, así como la capacidad para contraerlos de forma voluntaria, incluyendo las pruebas de esfuerzo de tos, movimiento, etc., la determinación de la movilidad uretral mediante inspección o técnicas de imagen, y la cuantificación del volumen residual de orina entre otras.
- La manometría consiste en una sonda o catéter que puede ser vaginal, uretral o anal, conectado a un manómetro que se utiliza para medir la presión en reposo del suelo pélvico y ofrece datos de la fuerza y la resistencia muscular. La compresión máxima vaginal ejercida en la sonda es un indicador de la fuerza de los músculos circundantes.
- La dinamometría se realiza a través de un espéculo vaginal que mide la fuerza máxima dorsoventral, mediolateral o multidireccional y el tono basal de la musculatura del suelo pélvico mediante la tensión a nivel del espéculo. Se considera un método fiable y válido.
- El electromiograma (EMG) registra las señales de la despolarización de la musculatura pélvica (inervación- denervación) y la ecografía puede evaluar la morfología de la musculatura en reposo y la fuerza.

5 Discusión-Conclusión

Según la evidencia científica analizada, la evaluación del suelo pélvico se considera indispensable en el abordaje de la salud de la mujer tras el embarazo y parto

por su asociación con disfunciones tipo incontinencia urinaria o fecal, prolapsos y alteraciones sexuales.

Puesto que la valoración del suelo pélvico debe realizarse por un profesional cualificado, con apoyo de otras herramientas (EMG, ecografía, dinamometría, manometría...) y con observación clínica adicional, la validación de la correcta contracción de la musculatura depende de la destreza del fisioterapeuta para diferenciar las estructuras implicadas.

Los dispositivos utilizados miden únicamente una función, presentando limitaciones para la valoración, puesto que la musculatura del suelo pélvico es una unidad funcional que implica contracción simultánea y global, que produce una elevación del periné y el cierre de las aberturas uretral, vaginal y anal. No proporcionan una valoración muy precisa, ninguno valora la contracción en distintas direcciones, profundidades, asimetrías ni elevación del perineo.

No existe suficiente evidencia científica sobre su utilidad y eficacia, ni difusión entre los profesionales sanitarios.

Sin embargo, debido a la existencia de cierto tabú para abordar temas de salud sexual, queda un largo camino para mejorar la comunicación y comprensión entre profesionales y profesional-paciente, así como en educación del paciente para identificar y tomar conciencia de las necesidades de tratamiento en afecciones relacionadas con la función sexual.

6 Bibliografía

1. Assis, G. M., Silva, C. P. C. D., & Martins, G. (2021). Propuesta de un protocolo de evaluación y entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico para atender a mujeres con incontinencia urinaria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55.
2. Azón, E, Mir, E, Hernández, J, Aguilón, JJ, Torres, AM, & Satústegui, PJ. (2021). Actualización sobre la efectividad y evidencia del masaje perineal prenatal. *Anales del Sistema de Salud de Navarra*, 44 (3), 437-444. Publicación electrónica del 30 de mayo de 2022. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0976>
3. García-Mejido, J. A., Bonomi-Barby, M. J., Armijo-Sanchez, A., Borrero-

Fernández, C., Castro-Portillo, L., Vargas-Broquetas, M., ... & Sainz-Bueno, J. A. (2021). Metodología para el estudio ecográfico transperineal del suelo pélvico. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 48(2), 190-195.

4. Méndez Olavide, M., & Vives Morell, J. (2021). Evaluación del suelo pélvico post episiotomía y plan de tratamiento fisioterapéutico en mujeres primíparas (Tesis de licenciatura).

5. Roa, J., León, J., Verenzuela, A., & Veroes, J. A. (2022). Evaluación ecográfica 3D del músculo elevador del ano con reconstrucción multiplanar, un acercamiento a la comprensión del suelo pélvico. Reporte de un caso. *Revista Venezolana de Ultrasonido en Medicina (RVUM)*, 2(1), 40-45.

6. Sanz, J. C., & Jaramillo, K. B. (2023). Parametrización de las intervenciones con electroterapia en la fisioterapia de las disfunciones del suelo pélvico: revisión sistemática. *Actas Urológicas Españolas*. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2023.03.002>

Capítulo 298

FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO COSERVADOR DEL HALLUX VALGUS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

SORAYA BONILLA MARTÍNEZ

LAURA VERGARA SAEZ

SABRINA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ

ANTONIO GÓMEZ MARTÍNEZ

ROCIO ORTIZ VILCHEZ

1 Introducción

El hallux valgus, vulgarmente conocido como juanete, consiste en una deformidad muy común (23 % entre los adultos de 18 a 65 años, el 36 % entre los adultos mayores de 65 años) y limitante en la articulación metatarsiana del primer dedo del pie. Implica la desviación lateral del hallux y la desviación medial de la cabeza del primer metatarsiano, principalmente en el plano transversal, donde la cápsula medial y el ligamento colateral medial sufren una distensión crónica. A medida que el metatarsiano progresa medialmente, el músculo abductor del dedo gordo se desplaza gradualmente bajo del metatarsiano y actuará como un flexor plantar de la falange proximal, lo que conduciría a la rotación en valgo que se ve con la deformidad. Eventualmente, el músculo aductor del dedo gordo actuaría sin oposición, exacerbando la deformidad sin estructuras estabilizadoras mediales.

Puesto que su etiología no está consensuada, se considera un origen multifactorial: entre los factores extrínsecos se menciona el calzado inadecuado (los zapatos de tacón alto o la horma estrecha en la parte anterior del pie pueden inducir desviaciones) y un peso corporal excesivo, mientras que el componente genético, el género femenino, la edad, la hiperlaxitud ligamentosa y los trastornos neuromusculares, así como otras deformidades del pie como el arco longitudinal medial bajo, el metatarsiano primus varus y/o anomalías óseas inflamatorias, se contemplan como factores intrínsecos.

El cuadro de dolor crónico intenso en la articulación metatarso-falángica empeora con la marcha y la presión articular, aumenta a medida que avanza la deformidad e incluye problemas estéticos, provoca incapacidad para usar ciertos calzados y limitaciones funcionales, que desembocan en reacciones de miedo-evitación y cinesiofobia, deteriorando el equilibrio y la estabilidad postural.

Debido a la existencia de un umbral hasta el cual las fuerzas deformantes pueden ser contrarrestadas por otras estructuras anatómicas, la evidencia científica ha demostrado que el ejercicio mejora la movilidad, palia el dolor, y previene y corrige la deformidad en el período inicial. Por tanto, se recomienda tratamiento conservador para hallux valgus leves y moderados, complementando las diferentes órtesis con fisioterapia, mientras que, en los casos graves, se recomienda la cirugía correctora, seguida de fisioterapia previa y posterior a la intervención quirúrgica.

2 Objetivos

Entre los objetivos que nos planteamos en esta revisión, encontramos:

Objetivos principales:

- Comparar los efectos de diferentes tratamientos conservadores y analizar los resultados de las diferentes técnicas de fisioterapia y de los ejercicios terapéuticos, indicando aquellos métodos más eficaces para contrarrestar la deformidad y mejorar los síntomas, restringiendo las disfunciones.

Objetivos secundarios:

- Intervenir en el círculo “dolor-cinesiofobia-deformidad” a través de pautas terapéuticas.
- Simplificar el tratamiento conservador del hallux valgus indicando aquel-

los métodos más eficaces y conseguir una mejor adhesión del paciente al tratamiento.

3 Metodología

Con objeto de documentar y realizar el presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, procedente de publicaciones académicas revisadas.

Fuentes documentales consultadas: Pubmed, Medline, Scielo, PEDro.

Estrategias de búsqueda:

- Acotación por año de publicación entre 2019-2023.
- Palabras clave: “hallux valgus therapy”.

4 Resultados

Partiendo de la indicación del protocolo conservador (ortesis, modificaciones del calzado, vendaje, ejercicio y terapia manual) antes del tratamiento quirúrgico, reservando la cirugía solo para aquellos pacientes cuyos síntomas no mejoran después del tratamiento conservador; así como la evidencia de los beneficios que suponen los tratamientos conservadores para aliviar los síntomas y prevenir la progresión de la deformidad del hallux valgus, en los estudios revisados encontramos los siguientes resultados:

- Las ortesis de pie, férulas, separadores de dedos y vendajes se usaron para corregir y prevenir el deterioro del ángulo HV y aliviar el dolor al mejorar la función articular, permitir la adaptación del tejido blando y retrasar la ruptura de la cápsula articular medial y el ligamento colateral, de modo que el uso de elementos correctores durante un mes redujo hasta 3° el ángulo del hallux valgus.
- Al mismo tiempo, la movilización graduada y la manipulación de la abducción del hallux en la distribución de la presión proporcionaron mayor flexibilidad entre los segmentos del antepié mejoraron el dolor y la función a corto plazo.
- La terapia manual, agregados a los ejercicios para los pies, un programa de fisioterapia multifacético e inyecciones de Botox mostraron una reducción significativa del dolor.
- La punción seca presentó ventajas en la mejora del sentimiento subjetivo de los pacientes y mostró una disminución significativa del ángulo de hallux mejorando

la alineación de la primera articulación metatarsofalángica en los individuos con HV de leve a moderado.

- Los datos disponibles relacionados con la electroterapia relacionados con el tratamiento conservador de HV son inadecuados.
- La disminución en el ángulo de aducción del pie y el nivel de dolor al caminar de las personas que recibieron ejercicio terapéutico bajo la supervisión de un fisioterapeuta, fueron significativamente mayores.

En cuanto a los ejercicios terapéuticos utilizados para equilibrar las fuerzas deformantes de las estructuras implicadas, se indicaron y llevaron a cabo con resultados positivos los siguientes:

- Estiramiento de los músculos intrínsecos donde extendían los dedos (primer dedo del pie en abducción) y se dorsiflexionaba.
- Abducción del dedo gordo del pie con tracción de la articulación metatarsofalángica.
- Ejercicio de extensión activa de los dedos gordos del pie.
- Ejercicio global de dedos extendidos.
- Ejercicio elevación del arco medial tratando de acercar las cabezas de los metatarsianos al talón mientras estaban de pie.
- Ejercicio de elevación de talones, prestando atención a la alineación adecuada del dedo gordo del pie.
- Ejercicio de curl de dedos con toalla. Se pidió a los participantes que colocaran los pies en el borde de la toalla en el suelo. Al redondear la banda elástica alrededor del dedo gordo del pie, se aseguró la alineación adecuada del dedo gordo del pie y se le dijo a la banda que se estirara lo suficiente para corregir pasivamente la posición. A continuación, la toalla se agarró con los dedos de los pies estirando los dedos de los pies y se arrastró con fuerza debajo de los pies.
- Ejercicio de estiramiento estático activo del gastrocnemio.
- Ejercicio excéntrico de fascia plantar y gastrocnemio partiendo con ambos pies en el escalón.

5 Discusión-Conclusión

Primeramente, es importante valorar el grado de deformidad y el pronóstico para beneficio de las opciones de tratamiento (conservador o quirúrgico), los episodios dolorosos y la evolución, así como las posibles contraindicaciones en las actuaciones de fisioterapia según la historia clínica de cada sujeto paciente.

En conclusión:

- Los tratamientos conservadores multidisciplinarios tienen un gran potencial para la deformidad del hallux valgus.
- Una combinación del uso de órtesis, férulas, vendajes, terapia manual en partes blandas, las manipulaciones osteopáticas, punción seca y el ejercicio terapéutico parecen ser las opciones más efectivas en la reducción del ángulo de aducción del primer dedo del pie, la altura del arco longitudinal medial y el dolor, mejorando el equilibrio dinámico y la capacidad funcional.
- El ejercicio terapéutico con supervisión del fisioterapeuta mejora la adhesión al tratamiento y los resultados.

Sin embargo, se recomienda continuar y ampliar los estudios de alta calidad en el futuro.

6 Bibliografía

1. Hurn, SE, Matthews, BG, Munteanu, SE y Menz, HB (2022). Efectividad de las intervenciones no quirúrgicas para Hallux Valgus: una revisión sistemática y metanálisis. *Arthritis Care Res*, 74: 1676-1688. <https://doi.org/10.1002/acr.24603>
2. Ying, J., Xu, Y., István, B. y Ren, F. (2021). Comparaciones mixtas e indirectas ajustadas de tratamientos conservadores para el hallux valgus: una revisión sistemática y un metanálisis en red. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*, 18 (7), 3841. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073841>
3. Xiang, L., Mei, Q., Fernández, J. y Gu, Y. (2020). Una evaluación biomecánica de la intervención de manipulación de abducción aguda del hallux. *Marcha y postura*, 76, 210-217. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2019.11.013>
4. Oztarsu, M. B., & Oksuz, S. (2023). Comparison of the effects of progressive supervised and home program exercise therapy in mild-moderate hallux valgus. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 12 (3), e220091. <https://doi.org/10.2217/cer-2022-0091>
5. Kharazmi, AS, Okhovatian, F., Baghban, AA, Mosallanezhad, Z., Kojidi, MM y Azimi, H. (2020). Effects of dry needling on symptomatic hallux valgus: A randomized single blind clinical trial. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 24 (3), 246-251. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2020.02.016>
6. Moulodi, N., Kamyab, M. y Farzadi, M. (2019). A comparison of the hallux valgus angle, range of motion, and patient satisfaction after use of dynamic and static orthoses. *Foot (Edimburgo, Escocia)*, 41, 6-11. <http://doi:10.1016/j.foot.2019.06.002>

Capítulo 299

CASO CLÍNICO EN FISIOTERAPIA. REHABILITACIÓN EN PACIENTE CON FRACTURA-LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR GRADO III

JORGE BALLESTEROS FRUTOS

1 Introducción

La región del hombro y su complejo articular es una de las localizaciones que más lesiones o patologías sufren en la sociedad actual. Se trata de un complejo formado a su vez por numerosas articulaciones, que, como en el caso de la articulación glenohumeral, tiene muchos planos de movimiento con grandes rangos, que le hace estar también más expuesto a lesiones como luxaciones. A su vez, han establecido al dolor de hombro como la tercera causa más común de consulta médica por dolor músculo-esquelético, solo por detrás del dolor lumbar y el dolor cervical, especialmente, dentro de las múltiples etiquetas diagnósticas que tiene la región, el dolor de hombro relacionado con el manguito rotador es el más común.

En el ámbito de las fracturas, las fracturas de hombro son de las más comunes, principalmente en el caso del hueso del húmero, en gente de edad adulta avanzada, pero también común en gente joven debido a traumatismos, principalmente por caídas en actividades deportivas, con el brazo en extensión, donde la fractura de clavícula o el acromion se ve principalmente afectados. Las fracturas de acromion no son las más comunes, aunque su incidencia ha ido aumentando en los últimos años, debido al aumento de la práctica deportiva, así como en la

mejora de pruebas diagnósticas, donde se observó que, hace años, se producía una subestimación de su afectación, debido a la falta de dichos recursos, por lo que su lesión es común en impactos o traumatismos sobre el miembro superior e, incluso, sobre el tronco o tórax de los sujetos. Además, se ha visto como las intervenciones quirúrgicas relacionadas con una prótesis invertida de hombro, usada frecuentemente en los últimos años, es un factor de riesgo para sufrir una fractura de acromion.

Se aboga por el tratamiento conservador como la primera opción de abordaje en estas lesiones, debido a sus menores efectos adversos, riesgos y mejora en la situación clínica de forma más temprana. Sin embargo, en ciertas situaciones se producen casos de sujetos con inestabilidad, dolor o limitación de movimiento derivado de dicho proceso, que se mantiene a lo largo del tiempo, pudiendo cronificar el cuadro clínico que sufren los pacientes. Dentro del tratamiento conservador, la fisioterapia es una de las opciones terapéuticas más recomendadas.

2 Objetivos

Exponer un caso clínico de fisioterapia, basado en el abordaje y la recuperación de un deportista tras una fractura-luxación acromioclavicular tras caída.

3 Caso clínico

Paciente de 31 años acude a Fisioterapia, por derivación desde Traumatología, tras haber sufrido una caída mientras montaba en bicicleta, hace unas 6 semanas, con diagnóstico de fractura-luxación de la articulación acromioclavicular izquierda, grado III, con sospecha en las primeras pruebas diagnósticas, que fueron bajo radiografía en el momento del accidente y a las 2 semanas posteriores, de tener una afectación grado V. Además, presentaba afectación de ambos ligamentos coracoclaviculares, trapezoide y conoide, en forma de rotura parcial. Se decidió un tratamiento conservador, sin cirugía, en el que ha estado 5 semanas de inmovilización con cabestrillo, y retirada progresiva del mismo, especialmente en la última semana.

En el momento de la consulta, el paciente refiere no tener dolor mientras se encuentra con el cabestrillo, sin embargo, a nivel doméstico, cuando se lo retira, presenta sensación de carga, pesadez y presión interna en el mismo, especialmente cuando se mantiene en el tiempo una determinada posición, más acusado a la bipedestación. Ha cesado la ingesta medicamentosa, que se basaba en medicación analgésica y antiinflamatoria.

A nivel de movimiento, solo ha realizado movilización activa de codo hasta la fecha actual, por lo que la exploración a nivel del hombro, en rangos activos, se ve totalmente limitada, encontrando dolor y limitación en la movilidad pasiva al llegar a los 90 grados de flexión de hombro, 60 de abducción y prácticamente nula en las rotaciones. A la palpación se puede encontrar dolor en la región anterior y lateral del hombro, pero relacionado con una sensibilización asociada a nivel muscular, relacionado con el cuadro clínico actual.

En cuanto a su desempeño, tanto deportivo como laboral, y a nivel doméstico, se encuentra de baja laboral, con incorporación en breves semanas, ya que es comercial. No puede realizar tareas domésticas básicas que impliquen la utilización de la articulación del hombro izquierdo. Además, en su actividad deportiva, el triatlón, también se encuentra en periodo de baja.

A nivel de examen visual, se aprecia un gran signo de la tecla en el hombro izquierdo, con un gran decalaje de altura entre la clavícula y el humero, con un volumen marcado en la zona, de consistencia dura, compatible con el tejido cicatricial que se ha generado en la zona y se fibrosa.

Los objetivos del paciente siguen siendo la vuelta sin complicaciones, limitaciones o dolor en sus actividades laborales y deportivas, de forma lo más temprana posible, según nos comenta, además de independencia a la hora de realizar sus actividades domésticas.

Por lo tanto, y en relación con lo anteriormente expuesto, se propone una primera sesión de tratamiento, basado en tres puntos básicos. En primer lugar, se invierte un tiempo en la educación terapéutica y el aporte de información ante el cuadro clínico, su posible evolución y pronóstico, así como sus posibilidades de tratamiento. Además, se explican los factores a tener en cuenta a modo dosificación de estímulos dolorosos y de fatiga con los programas y las pautas de ejercicio que se darán después. En segundo lugar, tratamiento manual basado principalmente en la movilización articular, tanto general como específica, de la región del hombro, a nivel pasivo, asistido y activo, según la tolerancia del paciente. Por último, y en tercer lugar, se pauta un programa de ejercicio y movilidad, basado principalmente, al igual que en el punto anterior, en la exposición graduada a la carga y al movimiento, basándose en la tolerancia y la irritabilidad del paciente.

Para ello, en cuanto al último punto, se pautan ejercicios de remo libre, sin resistencia; movilidad con pelota encima de una mesa para reducir la carga o el mantenimiento activo del miembro superior; movilidad con palo o pica, intentando el trabajo asistido; así como curl de bíceps, con resistencia de mancuerna de muy poco peso. Se recomienda realizar esta programación unas 4 o 5 veces al

día, con una duración pequeña en cada una de ellas.

Se programa una sesión a la semana de dicha pauta. En ella, refiere una mejoría notable en rangos generales, llegando a una movilidad activa en flexión de más de 90 grados. Ha probado trote de forma muy progresiva con buenas sensaciones y ha introducido, dentro del trabajo con pica, elevaciones o flexiones de hombro activas y abducciones. Se encuentra ya trabajando.

En dicha sesión, se sigue trabajando con terapia manual con el fin de progresar en los rangos articulares que encuentra limitados, así como resolución de dudas que van surgiendo en cuanto al proceso. Por último, se pauta un nuevo programa de ejercicios: Remo inclinado con pesa y apoyo de una mano; Movilidad con pelota en pared; Carga en cadena cinética cerrada y dos apoyos, primero de pie y luego posición de plancha; Elevaciones primero en prensa de pecho y luego push press; Theraband, rotación externa y abducción, combinado con elevación, goma a la frente.

La tercera sesión se producirá a la semana siguiente, coincidiendo con la octava semana tras la caída. El paciente refiere que en los últimos días tiene mucho dolor en la región del deltoides medio, como si fuera una especie de decalaje, que se va también hacia la región del acromion de ese plano. En cuanto a movilidad, ha ganado unos 20/30 grados, llegando a 120 de flexión activa que consigue más forzando. En cuanto a la pauta o dosificación de los ejercicios, los realiza ya sin problemas, a excepción del ejercicio con theraband, donde refiere necesitar mayor calentamiento y observa limitación. Ha hecho los ejercicios $\frac{1}{2}$ veces al día, haciendo mucha movilidad durante el día. Menciona rigidez o limitación en la extensión.

Se continúa trabajando en la sesión con terapia manual, observando buena progresión en la misma, completando el rango casi completo de movimiento, a excepción de los últimos grados de abducción, especialmente cuando se combinaba con la rotación externa. Se modifica la pauta de ejercicios, incluyendo lo siguiente: -Remo bilateral con peso de 5 o más kilos, inclinado; -Press de pecho con 5 kilos; -Push press o press militar con bajo peso, incidiendo en la movilidad; -Plancha de abdomen con codos estirados y apoyo en suelo; -Ejercicio de theraband se mantiene igual que en la fase anterior; -Empujes en pared a 90 grados, o bien contra un objeto con resistencia moderada o compañero/persona de entreno; -Snatch con pesos muy ligeros, por debajo de 2 kilos. Se incide en mantener movilidad activa y en pared durante el día.

La cuarta sesión, la última a nivel semanal, encontramos al paciente en cuanto

a movilidad, con una mejoría importante, de unos 20 grados, llegando a 140/150 grados de forma activa. Mucha mejoría tanto en movimiento como en fuerza, de forma muy extensa. La plancha de abdomen comenta haber estado trabajando bastante, incluso llegando a realizar apoyo o plancha lateral y con codos. Ha estado trabajando en snatch y push press con 1.5 kilogramos, aunque puede bien con 4 kilogramos. Ejercicio con goma y dinámicos los realiza sin dificultad. En cuanto a los empujes en pared, ha llegado a introducir algo de trabajo de pliometría. Se continúa trabajando la movilidad, y se manda una nueva pauta de ejercicio, progresando en movilidad y en fuerza, recomendando el inicio de actividad en gimnasio o 2 días a la semana. Además, se insta a empezar a alternar o combinar trabajo de bicicleta con trabajo de carrera, para acercarnos más a su actividad deportiva.

Se realizaron dos sesiones más de tratamiento presencial, con 3 semanas de diferencia entre ellas y entre la última descrita. El paciente consiguió los rangos completos de movimiento, comentando ya, en la penúltima sesión, capacidad para poder realizar sus primeros metros de natación. En la última sesión, se recomienda ya iniciar entrenamientos con el grupo de triatlón actual, con trabajo adaptado, además de un compensatorio en gimnasio para intentar seguir progresando en la fuerza de la articulación del hombro, así como en la movilidad, para automatizar rangos finales de movimiento. Por lo tanto, antes de llegar a los 4 meses desde el momento de la caída, se da el alta de fisioterapia, coincidiendo con la vuelta deportiva a entrenamientos y, posteriormente, a la competición.

4 Discusión-Conclusión

Es recomendable, en los abordajes de estos casos, tener en cuenta diversos aspectos. Uno de ellos, es el conocimiento de los periodos de cicatrización de los tejidos que se han visto afectados, no solo para conocer y aconsejar cuando se puede estar preparado para recibir carga, sino para los pronósticos, las evoluciones y los objetivos que se marcan, siendo realistas y evitando frustraciones. Otro aspecto importante es el de la adaptación o individualización al sujeto que tenemos en frente, creando un programa de rehabilitación que concuerde con sus actividades, tanto domesticas como deportivas, para mejorar su motivación y adherencia al tratamiento, como la adaptación tanto al corto como al medio plazo, basándose en su tolerancia, irritabilidad, síntomas dolorosos o posible aumento en el volumen de la región de la zona afecta.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, las posibilidades de una recuperación de

mejor calidad, más temprana y exitosa, son mayores, además de, con la educación correspondiente y la pauta marcada al largo plazo, también se pueden conseguir disminuir los riesgos de recidivas, recaídas o retrasos en la incorporación a la competición deportiva, en este caso.

5 Bibliografía

- 1- Corbacho B, Duarte A, Keding A, Handoll H, Chuang LH, Torgerson D, et al. Cost effectiveness of surgical versus non-surgical treatment of adults with displaced fractures of the proximal humerus: economic evaluation alongside the PROFHER trial. *Bone & Joint Journal* 2016;98-B(2):152-9.
- 2- Limb, D. (2021). Scapula fractures: a review. *EFORT Open Reviews*, 6(6), 518-525. Retrieved Aug 26, 2023. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.6.210010>
- 3- Gaunt T, Maffulli N. Soothing suffering swimmers: a systematic review of the epidemiology, diagnosis, treatment and rehabilitation of musculoskeletal injuries in competitive swimmers. *Br Med Bull*. 2012;103(1):45–88
- 4- Fujii T, Matsudaira K, Yoshimura N, Hirai M, Tanaka S. Associations between neck and shoulder discomfort (Katakori) and job demand, job control, and worksite support. *Modern Rheumatology*. 2014 Jan 14;23(6):1198–1204. doi: 10.3109/s10165-012-0824-5.
- 5- Ann M. Cools, Annelies G. Maenhout, Fran Vanderstukken, Philippe Declève, Fredrik R. Johansson, Dorien Borms,
- 6- The challenge of the sporting shoulder: From injury prevention through sport-specific rehabilitation toward return to play. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, Volume 64, Issue 4, 2021, 101384, ISSN 1877-0657. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.03.009>.
- 7- Elfering A, Müller Urs, Rolli Salathé Cornelia, Tamcan O, Mannion AF. Pessimistic back beliefs and lack of exercise: a longitudinal risk study in relation to shoulder, neck, and back pain. *Psychol Health Med*. 2015;20(7):767–80. doi: 10.1080/13548506.2015.1017824.
- 8- Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Physiotherapy interventions for shoulder pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD004258. doi: 10.1002/14651858.CD004258.
- 9- Tunwattanapong P, Kongkasuwan R, Kuptniratsaikul V. The effectiveness of a neck and shoulder stretching exercise program among office workers with neck pain: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2016 Jan;30(1):64–72. doi: 10.1177/0269215515575747.0269215515575747

Capítulo 300

CASO CLÍNICO EN FISIOTERAPIA. ABORDAJE DE REHABILITACIÓN CARDÍACA EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

JORGE BALLESTEROS FRUTOS

1 Introducción

Las enfermedades o patologías cardiovasculares son una de las enfermedades con mayor prevalencia en la sociedad actual a nivel mundial, especialmente en los países desarrollados, debido a unos hábitos de vida cada vez más relacionados con el sedentarismo, la disminución en cuanto a la práctica deportiva, la peor alimentación o que dichos productos sean de peor calidad, todo ello unido a unos prototipos de trabajo en posiciones de sedestación o estáticos, con altos niveles de estrés por ámbitos socioeconómicos y socioculturales. Todo ellos, son factores de riesgo de cara a sufrir tanto un accidente cardiovascular como una enfermedad cardiovascular.

De hecho, la incidencia de dichas enfermedades es muy alta, llegando a esclarecerse, en estudios de investigación epidemiológica, en la causa número 1 de enfermedad en la población mundial y la que conlleva más costes al sistema sanitario. La obesidad, el tabaquismo o el alcoholismo, y el sedentarismo, son problemas cada vez más comunes en la sociedad actual, siendo factores modificables por el individuo, y la sociedad en general, que pueden disminuir el riesgo y la frecuencia de dichas enfermedades cardiovasculares. Por ello, se debería instar, tanto de forma individual, como mediante políticas que fomenten la realización de ejercicio aeróbico frecuente, con el fin de disminuir dichos factores de riesgo, por su

evidencia demostrada en cuanto a la disminución de los niveles de colesterol y el control de la tensión arterial, otros factores clave para el desarrollo de dichas patologías, evitando y reduciendo costes a nivel preventivo, que pueden ayudar a costear tratamientos una vez se han producido los eventos o las enfermedades. Hablando de ello, en el sistema de salud español, la atención a personas que están sufriendo un daño cardíaco, a nivel hospitalario, se ha mostrado eficaz, rápida y de calidad. Sin embargo, se encuentran casos de fallecimientos o empeoramiento de los cuadros, debido a la poca información o educación a la población general en cuanto al triaje, conocimiento de los signos o síntomas de un infarto y, la necesidad de la rapidez de educación.

Por último, tras un evento cardiovascular, la recuperación/rehabilitación/vuelta a la realización de sus actividades de la vida diaria, el hecho de actuar de forma temprana, especializada y específica, así como duradera y de calidad, se ha observado clave tanto en la recuperación de los pacientes (provoca grandes limitaciones en la calidad de vida y bajas laborales permanentes), así como en la mortalidad o riesgo de eventos posteriores, aunque existen pocos centros con servicios de rehabilitación cardíaca, por lo que debería ser un objetivo claro, el de aumentar el número de este tipo de servicios.

2 Objetivos

- Describir un caso clínico sobre rehabilitación cardíaca en síndrome coronario agudo.

3 Caso clínico

Paciente de 58 años, empresario y jugador de pádel aficionado 3 días por semana, acudió a urgencias del centro de salud más cercano a su localidad, debido a dolor tipo punzada en la región interescapular, que se irradiaba hacia el hombro izquierdo, en su parte posterior, que ha ido en aumento y expansión, hasta llegar a la zona pectoral izquierda.

No sufrió un traumatismo en los últimos días, ni realizó esfuerzos o actividades deportivas de una intensidad elevada. No refería disnea ni había tomado ningún tipo de medicación para el dolor. No presentaba antecedentes familiares ni propios a nivel cardiovascular. Como antecedentes quirúrgicos, el paciente presenta prótesis total de cadera en ambos miembros inferiores.

En dicho centro se le realizaron dos electrocardiogramas (ECG), con 1 hora de separación entre ellos, en los que se determinó la sospecha de un síndrome coro-

nario agudo, con necesidad de traslado a hospital para la realización de pruebas y tratamientos correspondientes.

El paciente fue trasladado al hospital de referencia de la zona, en el que se le realizaron, de nuevo, un electrocardiograma, además de un análisis para la medición de las troponinas, con el fin de determinar si existía o estaba produciéndose daños cardíacos.

Se descartaron, por otra parte, mediante el triaje inicial a la entrada a urgencias, de otro tipo de patologías concomitantes que pudieran cursar con dolor interescapular y pectoral, como puede ser dolor de origen muscular, costal, vertebral o articular, así como presencias de patologías como neumotórax, etc.

Tras las pruebas, se determinó la existencia de un síndrome coronario agudo, sin elevación del segmento ST (valores del Electro cardiograma, ECG), con lo que, tras dicho diagnóstico, fue trasladado a quirófano para la colocación de un stent a nivel de la arteria coronaria, realizado a través de un cateterismo por el miembro superior.

El paciente permaneció en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) hasta pasadas las 72 horas del episodio cardiovascular, para ser trasladado a planta y, tras otras 48 horas, fue dado el alta hospitalaria.

En el momento del alta hospitalaria, el paciente recibió una serie de pautas alimentarias, control de factores de riesgo y documentación para que lo leyese con la familia, por parte del personal de enfermería y medicina. En cuanto a la actividad o movimiento general, le mandan un trabajo progresivo, sin especificar de ningún tipo, únicamente que no coja ningún tipo de peso, el aumento por sensaciones y según se vaya viendo. Le recomiendan también que no sobrepase las 90 pulsaciones por minuto, ya que durante el ingreso hospitalario solo se trabajaron cambios de posición, bipedestación y deambulación por la planta.

Junto a dichas pautas, el paciente recibió la consigna de tomar medicación para disminuir la frecuencia cardíaca y un antiagregante plaquetario, hasta la próxima consulta con el cardiólogo.

Tras las pruebas, se determinó la existencia de un síndrome coronario agudo, sin elevación del segmento ST (valores del ECG), con lo que, tras dicho diagnóstico, fue trasladado a quirófano para la colocación de un stent a nivel de la arteria coronaria, realizado a través de un cateterismo por el miembro superior.

El paciente permaneció en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) hasta pasadas las 72 horas del episodio cardiovascular, para ser trasladado a planta y, tras otras 48 horas, fue dado el alta hospitalaria, con una serie de pautas a cumplimentar durante las primeras semanas post-hospitalización.

En cuanto al trabajo de Fisioterapia con el paciente, se programó una rehabil-

itación cardíaca dividida en distintas fases, con el fin de realizar y cumplimentar la readaptación al esfuerzo, a las actividades básicas de su vida diaria y al posible retorno a la actividad deportiva que realizaba anteriormente.

Para ello, tomamos como referencia, en un primer momento, las fórmulas de Frecuencia Cardíaca máxima de Tanaka: $208 - (0.7 \times \text{edad})$, que en nuestro caso era de 167 a nivel teórico, y pautar la carga e intensidad de la actividad física con la fórmula de Karvonen: $\text{Frecuencia cardíaca de trabajo} = \text{Frecuencia cardíaca máxima} - \text{frecuencia cardíaca de reposo} \times \text{porcentaje frecuencia cardíaca de reposo}$.

Junto a dicho dos fórmulas que hemos mencionado, se utilizó también, con el fin de aumentar la seguridad en la pauta de ejercicios indicada, así como la individualidad y la especificidad al paciente, la escala de esfuerzo percibida de Borg, en este caso la modificada (de 0-10, siendo 0 reposo y 10 máximo esfuerzo tolerable), así como la sensación de disnea percibida (generalmente, si el paciente era capaz de seguir hablando mientras hacía la actividad).

A la semana del alta hospitalaria, se le pautó al paciente el objetivo de intentar llegar a tandas de 15 minutos de caminata continua (preferiblemente solo dos al día), sin sobrepasar el 50-55% de la Frecuencia Cardíaca (FC) máxima (en este caso, serían 88-90 pul/min, actividad muy ligera), en un 5 sobre 10 como tope sobre la escala de Borg modificada y controlando sensaciones de disnea (se explica qué sensaciones va a percibir con esto, debería poder hablar al realizar la actividad). Se le plantea también probar la subida de escaleras controlando y monitorizando lo anterior y, por último, como objetivo, llegar a los 21 días tras el alta, a poder caminar durante 30 minutos seguidos, a una velocidad que le suponga un valor de 5 sobre la escala de Borg y, de minutos, a las 2 semanas tras el alta.

Al mes del alta hospitalaria, se le realizó al paciente una prueba de esfuerzo en tapiz rodante, en el que se mencionó que no llegaron a la FC máxima deseada, debido a que no podía correr debido a sus operaciones de cadera. Se establecieron periodos interválicos de marcha con pendientes progresivas en el tapiz, alcanzando en el tope 121 pulsaciones por minuto (solo un 70-75% de la FC máxima teórica). No se encuentran hallazgos significativos en los ECG ni de tensión arterial, y la recuperación se hace de forma óptima y rápida.

Hasta este momento se había estado manteniendo el volumen de entrenamiento, pero aumentando su intensidad a través del aumento de velocidad de la marcha, sin progresar en las pulsaciones por minuto alcanzadas. A partir de este momento, y bajo pauta indicada desde cardiología, se podía progresar en la readaptación al esfuerzo que se llevaba a cabo.

Se propone comenzar con actividad física en bicicleta estática, controlando y pro-

gramando con base en sensaciones de disnea, Borg no superior a 6 sobre 10 y pulsaciones hasta alcanzar el 65% de la FC máxima. Para ello se propone tanto un plan de trabajo continuo, de unos 30 a 45 minutos de bicicleta estática, con 10 minutos de calentamiento e intentando conseguir la frecuencia cardíaca objetiva; así como el comienzo de un trabajo interválico, con bicicleta, en el que se alternarían, en periodos cortos de tiempo, fases de pulsaciones en torno al 65%, con fases de recuperación, ya que se han visto mayores beneficios en la evolución de pacientes post-infartados y en mejoras cardiovasculares generales.

Este trabajo se realizó durante 3 días a la semana, combinado con marcha durante los 7 días de la semana.

A los 2 meses del alta hospitalaria, y tras sesiones de ejercicios satisfactorias, se propuso, tanto por parte del facultativo médico como del fisioterapeuta, la progresión en cuanto a la pauta de ejercicio marcada.

En un primer momento, manteniendo la actividad en bicicleta estática, se comenzó a trabajar con un volumen de entrenamiento mayor, hasta los 50 minutos, de forma interválica, con tramos de subida de intensidad y velocidad de la actividad, que llegasen a alcanzar el 75% de la FC máxima teórica. El trabajo se realizó durante 4 días a la semana, con valores de Borg entre 6-7, llegando momentos incluso a 8 sobre 10, controlando disnea durante el ejercicio y síntomas asociados.

Tres semanas después del comienzo de dicha programación y, tras la cumplimentación de forma óptima y exitosa, se decide progresar en la pauta de ejercicio, manteniendo el trabajo interválico y en bicicleta estática, exponiendo como FC objetivo de trabajo, en los picos de intensidad de los intervalos, el 85% de la FC máxima teórica del paciente, con un valor en la escala Borg entre el 8-9 sobre 10. Se pautaron 3 semanas de trabajo con esta periodización, cumplimentándose y finalizando la rehabilitación cardíaca acordada a su final, coincidiendo en fechas, con los 3 meses tras el alta hospitalaria.

Tras ello, se dan consejos de cara al mantenimiento de estos rangos de actividad física y consejos de cara a retomar la actividad deportiva que realizaba previamente, en este caso, el pádel.

4 Discusión-Conclusión

El paciente, tras 3 meses de trabajo de readaptación al esfuerzo y a la carga, el paciente ha logrado cumplir todos los objetivos marcados, pudiendo desarrollar sus actividades de la vida diaria, así como el inicio de sus actividades deportivas y laborales, sin problemas de dependencia, funcionalidad o disminución en su

calidad de vida.

Como hemos podido apreciar, en estos casos clínicos, la inmediatez y rapidez con la que se deben iniciar las pautas al paciente de cara al reacondicionamiento, así como la monitorización e individualización constante que se tiene que realizar durante el proceso, adaptándose a las características específicas que presente, así como de su evolución, es primordial para el éxito del tratamiento, así como de un retorno seguro por parte del paciente a sus actividades, tanto domésticas, laborales como deportivas, ya que, en el caso contrario, se pueden producir limitaciones funcionales que provoquen una disminución muy importante de la calidad de vida, así como de su capacidad para desempeñar su trabajo.

5 Bibliografía

1. Pelliccia A, Sharma S, Gati S, Bäck M, Börjesson M, Caselli S, et al. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. *Eur Heart J*. 2021;42(1):17–96.
2. Zarzosa C de P, Fernández Olmo MR, Peña Gil C, Velasco Valdazo E, Ruiz Mateas F, Íñiguez Romo A, et al. Unidades de y Procedimiento de Rehabilitación Cardiac. Estándar de Calidad SEC. *Soc Española Cardiol*. 2017;1–47.
3. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration, SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe, *European Heart Journal*, Volume 42, Issue 25, 1 July 2021, Pages 2439–2454
4. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022.
5. Guazzi M, Bandera F, Ozemek C, et al. Cardiopulmonary exercise testing: what is its value? *J Am Coll Cardiol*. 2017;70:1618–1636.
6. Balady GJ, Arena R, Sietsema K, et al. Clinician's guide to cardiopulmonary exercise testing in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;122:191–225.

Capítulo 301

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DENTRO DEL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

NOEMI SABIDO GARCÍA

DIANA LAGUNA CANO

MARIA EUGENIA SERRANO SANCHEZ

ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO

LARA PALOMARES REBOLLERO

1 Introducción

El papel principal del servicio de esterilización es garantizar a todos los pacientes que los objetos y materiales necesarios estén esterilizados, desinfectados y limpios. Antiguamente lo normal es que cada quirófano y sala de curas preparase su instrumental el cual desinfectaban en hervidores sin ningún tipo de control de tiempo ni temperatura. En 1964 se establecen los primeros sistemas de bandejas preparadas y se desarrolla la autoclave de alto vacío y la cinta para el test de Bowie-Dick. El servicio de esterilización es un servicio que pertenece y depende del hospital, está centralizado y comunicado con todas las unidades, principalmente con el bloque quirúrgico, al que pertenece. La central de esterilización es aquel lugar que recibe, acondiciona, procesa, controla y distribuye el

material médico, textil e instrumental a todos los sectores del área hospitalaria, con el fin de que sea utilizado de manera consciente por el paciente. El proceso de esterilización consiste en:

- Prelavado.
- Lavado y descontaminación.
- Secado.
- Preparación del material.
- Empaquetado.
- Método de esterilización.
- Almacenamiento y distribución.

La principal función de la central de esterilización es aplicar el procedimiento de esterilización adecuado a cada tipo de material, garantizando la efectividad y eficiencia de los métodos utilizados. Será también función de la central aplicarlo con seguridad, procurando una disminución de los riesgos propios de cada método de manera que se utilicen los más seguros para todos.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes métodos de esterilización que tienen que realizar los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) sobre el material sanitario utilizado que requiera dicha esterilización.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Características y clasificación de los materiales para esterilizar: Existe una gran variedad de material que debe ser esterilizado, sin embargo, no todos los tipos de materiales pueden ser esterilizados con el mismo método debido a sus características, por lo que es necesario saber las características de cada material para

utilizar un método de esterilización u otro. Dichas características son: resistencia al método utilizado en la esterilización, estabilidad, seguridad de las personas, toxicidad y características de la fabricación.

- Vidrio: material rígido, pero fácil de romperse. Resiste a altas temperaturas.

Podemos encontrar: tubos de ensayo, botellas.

- Acero inoxidable: resistente a la oxidación aun así entrando en contacto con la humedad. Es un material duradero pero frágil ante el uso excesivo de cloruros.

Podemos encontrar: material quirúrgico, contenedores y cajas del instrumental utilizado en procedimientos intervencionistas.

- Plástico: material que puede ser modelado y deformado. Utilizado para empaquetar o para aislar térmicamente o eléctricamente. Podemos encontrar: conexiones, sondas, sistemas de sueros.

- Látex: frágil ante detergentes y no sale rentable su esterilización, por lo que muchos materiales de látex será de un único uso. Es frecuente en reacciones alérgicas.

- Algodón: resistente a altas temperaturas, pero se daña con facilidad. Podemos encontrar: ropa para pacientes, sábanas o para envolver material.

- Textiles especiales: Podemos encontrar: pañales, filtros.

Métodos de esterilización:

- Flameado. Empleado en los laboratorios de microbiología y consiste en pasar el material a esterilizar por la llama de un mechero de tipo Bunsen. Material esterilizado: asas de siembra, pipetas, tubos de vidrio.

- Incineración. Empleado para obtener la eliminación de residuos biopeligrosos mediante su combustión en hornos crematorios. Destruye los microorganismos por combustión.

- Horno Pasteur o estufa poupinel: Consiste en calentar el interior de un aparato elevando su temperatura con energía eléctrica. Dentro de este aparato es posicionado el material una vez limpio y seco sobre bandejas que pueden estar en diferentes alturas.

Material esterilizado: materiales fabricados en vidrio termorresistente, porcelana o acero inoxidable.

- Autoclave de vapor. Método más empleado en el servicio de esterilización. Se utiliza vapor saturado para producir hidratación en las células microbianas. Requiere 134 °C en un tiempo de 7 a 10 minutos. 121 °C en un tiempo de 20 minutos.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener claro que el servicio de esterilización es el pulmón del hospital. Es necesario y fundamental que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tenga los conocimientos necesarios para realizar su trabajo con responsabilidad, ya que de ello dependerá en gran medida la aparición de infecciones asociadas al uso del material. Se trata de una cadena de prevención que incluye a todo el personal sanitario que esté en contacto directo con los materiales a esterilizar. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es clave, ya que él asegura y garantiza la completa y correcta esterilización de todo el material.

6 Bibliografía

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

Capítulo 302

LA ENFERMEDAD DIGESTIVA DE CROHN DESCRITA POR UN 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

Esta patología digestiva provoca una serie de problemas para que la calidad de vida de la persona que la padece suceda con normalidad y tranquilidad. Poco a poco, la persona va perdiendo ciertas responsabilidades y capacidades para ser autónomo.

La enfermedad de Crohn es una patología crónica que provoca la inflamación del intestino que afecta desde la boca, que es la entrada del aparato digestivo hasta el ano. De forma general, suele afectar al intestino delgado presentado periodos de inactividad con brotes. La calidad de vida de los pacientes se deteriora, llegando incluso a desarrollar estrés y ansiedad que empeoran la propia patología.

La educación sanitaria a este tipo de pacientes es primordial para que asuman su nuevo estilo de vida.

La etiología de la enfermedad no se conoce, pero cada vez los estudios se centran en una respuesta del sistema inmune. Otra causa puede ser la genética junto al estilo de vida, ya que el estrés y el consumo de ciertos alimentos como alcohol o grasas facilitan este padecimiento e incluso con síntomas más agudos.

La enfermedad puede ser heredada, por lo que si existen antecedentes en la familia se aumenta el riesgo de padecerla. Por último, el uso de determinados medicamentos facilita su desarrollo como son los antibióticos o los anticonceptivos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la enfermedad de Crohn desde la visión 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 también se han consultado artículos de las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Las palabras clave han sido: enfermedad inflamatoria, tubo digestivo, gastrointestinal, entre otros.

4 Resultados

La patología descrita en el título de este capítulo genera una serie de fisuras en el íleon y colon que forman unas cicatrices fibrosas llegando a aparecer en la boca o en la piel de la persona que la padece. El paciente afectado hace frente a los síntomas de diarreas, vómitos, dolor abdominal, entre otros y a la realidad de que los tratamientos tienen muchos efectos negativos que afectan al desarrollo de su vida con normalidad, generando problemas en su entorno social y familiar. Suele aparecer en la etapa joven de la vida de una persona, pero eso no le exime de que pueda aparecer en otro momento de la vida.

El personal sanitario y, por tanto, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tratan en todo momento de favorecer la cicatrización de las úlceras para devolver la máxima calidad de vida. Todo esto se logra con un programa individualizado de educación sanitaria que promueve unos hábitos de vida saludable junto a la cirugía y los fármacos.

El profesional sanitario que realiza el diagnóstico está acompañado por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que va a facilitar:

- La historia clínica
- Ayuda a descubrir al abdomen del paciente para observar hinchazón.
- Ofrecer al facultativo es estetoscopio.
- Entregar al paciente los volantes de las pruebas que debe realizarse para poder dar el diagnóstico como es una tomografía computarizada o una colonoscopia para ver las úlceras o las cicatrices.
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería va a promover una nutrición saludable, aumentar de peso, valorar las intolerancias, proteger las mucosas internas con ciertos alimentos a ingerir, mejorar el tracto intestinal, entre otras actividades. Todo ello dentro de un programa de educación sanitaria que desarrolla junto a la enfermera en base a las pautas marcadas por el médico de digestivo.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, la enfermedad de Crohn es una de las patologías que más marcan el estilo de vida de los pacientes junto con la diabetes. Existen no solo factores físicos sino sociales y psicológicos que afectan a la calidad de vida de los pacientes que tienen que tratar de adaptarse a su nueva realidad vital.

Estos pacientes cuentan con el acompañamiento de los profesionales sanitarios que tratan de educarlos en hábitos de vida saludable como prioridad para hacer frente a esta patología.

Por último, en los últimos tiempos se ha precisado la búsqueda de nuevos caminos que apoyen el cuidado de estos crónicos que muchas veces no logran superar su nueva vida teniendo sentimientos encontrados. Ellos son conscientes que a largo plazo surgen complicaciones, por ello la nutrición debe ir encaminada hacia los hábitos saludables que palían los síntomas de las enfermedades.

6 Bibliografía

1. Biblioteca Nacional de Medicina, Medlineplus, información de Salud para usted.

2. Evangelina Pérez, Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill. 2017.
3. Sicilia B, Vicente R, Gomollón F. Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa: discusión de la epidemiología clásica. Acta Gastroenterol Latinoam 2009.
4. Moreira MC. Colitis ulcerosa y Enfermedad de Crohn. Instituto de formación continua. Universidad de Barcelona. 2006.

Capítulo 303

CORRIENTE GALVÁNICA

RUBÉN HERNÁNDEZ DE PAZ

1 Introducción

La corriente galvánica es un tipo de corriente continua de baja frecuencia que se utiliza en fisioterapia como técnica en la aplicación de la electroterapia cuya intensidad y potencial permanecen constante. Tiene una frecuencia de 0 hercios (Hz), una tensión que varía entre los 60 y 80 voltios; y una intensidad de hasta 200 miliamperios (mA). Este agente físico se utiliza con fines analgésicos y también para aumentar el flujo sanguíneo en una región específica.

La corriente galvánica puede aliviar el dolor en pacientes con trastornos musculares, articulares, nerviosos e incluso en algunas alteraciones cardiovasculares. Se aplica mediante electrodos en la piel del paciente, proporcionando un contacto directo entre la corriente y la zona lesionada.

Además del efecto analgésico, la corriente galvánica tiene efectos antiinflamatorios, vasodilatadores, aumenta el calor local y se considera un bactericida. También se utiliza en tratamientos estéticos, ya que estimula el trofismo celular, la función de las glándulas y contribuye a un mejor funcionamiento de los músculos.

Sin embargo, no puede usarse en pacientes con problemas de piel, trastornos de sensibilidad, uso de marcapasos o implantes, prótesis o ciertas enfermedades cardíacas.

En el presente trabajo profundizaremos en los efectos fisiológicos de la misma, así como sus técnicas de aplicación y dosificación.

2 Objetivos

- Conocer los efectos fisiológicos de la corriente galvánica
- Conocer las técnicas de aplicación de la corriente galvánica.
- Conocer la dosificación de la corriente galvánica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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. Efectos fisiológicos: produce efectos electrolíticos (polares) y electroforéticos.

1.1. Efectos interpolares: aparecen entre electrodos debido al desplazamiento iónico (electroforesis).

- Mejora del metabolismo: al moverse los iones hacen que se aceleren las reacciones metabólicas que antes pudieran estar poco activas o se frenen las que estaban muy activas.
- Acción vasomotora: vasodilatación duradera (hasta el 500% bajo los electrodos y hasta el 300% en la musculatura que atraviesan) e hiperemia o eritema galvánico.

Con estos efectos se mejora la circulación y el trofismo y se favorece la reabsorción de edemas crónicos.

1.2. Efectos polares de la corriente galvánica: tienen lugar bajo los electrodos.

- Bajo el ánodo: reacción ácida, oxidación, pH bajo, liberación de protones (H⁺), concentración de aniones no metales (-), quemadura de tipo ácido, coagulación, anaforesis rechazo de los iones (+), vasoconstricción, sedación, nivel de polarización de membrana bajo, actividad metabólica baja, absorción de calor, abundancia de algunos iones negativos; y se aplica en procesos agudos.
- Bajo el cátodo: reacción alcalina, reducción, pH alto, liberación de oxhidrilos (OH⁻), concentración de cationes metales (+), quemadura alcalina, licuefacción, cataforesis rechazo de los iones (-), vasodilatación, irritación, nivel de po-

larización de membrana alto, actividad metabólica alta, liberación de calor, abundancia de algunos iones positivos; y se aplica en procesos crónicos.

Las quemaduras de tipo ácido son secas y coaguladas y las básicas húmedas y blandas.

La cataforesis favorece la eliminación de sustancias irritantes por vía sanguínea y linfática.

La alcalinidad ligera del pH favorece a las fibras nerviosas o musculares. La acidez produce retardo y relajación de los músculos lisos y fatiga a los estriados.

2. Técnicas de aplicación:

Galvanización directa: se colocan los electrodos directamente sobre la piel. Estos pueden tener una aplicación transversal (se usa en articulaciones buscando los efectos interpolares) o longitudinal (se usa cuando queremos hacer una galvanización ascendente o descendente).

3. Dosificación:

Se debe realizar una dosificación correcta, ya que esta corriente puede producir quemaduras. Dado que genera diversas sensaciones dependiendo de qué persona y zona tratada, nos basaremos en la energía que circula por cada centímetro cuadrado de la zona tratada, expresada en mA/cm^2 , concretamente entre $0,1 \text{ mA}/\text{cm}^2$ y $0,2 \text{ mA}/\text{cm}^2$ (media $0,15 \text{ mA}/\text{cm}^2$).

Si hablamos de mA, nos referimos a la energía que circula durante 1 segundo. Pero la sesión dura muchos segundos. En tanto no se contemple el tiempo de la sesión, el sistema propuesto de dosificación es deficiente y erróneo. Deberíamos dosificar en J/cm^2 . Que ya contempla el tiempo completo de la sesión y la potencia (y no solo los mA).

Otros aspectos a tener en cuenta serán:

- Tolerancia individual.
- Tamaño de los electrodos: si son de distinto tamaño, la intensidad se calcula en función al más pequeño.
- Tiempo de tratamiento: la primera sesión durará 10-15 minutos para valorar la respuesta del paciente, y las siguientes 15-35 minutos. Normalmente, se recomiendan ciclos de 20 sesiones con descansos de 1 semana para no dañar la piel.

5 Discusión-Conclusión

La corriente galvánica tiene varios efectos fisiológicos. Produce efectos electrolíticos y electroforéticos, que se manifiestan entre los electrodos y bajo ellos. Los efectos interpolaes incluyen la mejora del metabolismo y la vasodilatación, lo que mejora la circulación y favorece la reabsorción de edemas crónicos. Los efectos polares varían dependiendo de si se encuentran bajo el ánodo o el cátodo, e incluyen cambios en el pH, la liberación de iones, quemaduras de tipo ácido o alcalino, y variaciones en la actividad metabólica.

La corriente galvánica se aplica directamente sobre la piel mediante electrodos, ya sea de forma transversal para tratar articulaciones, o longitudinal para una galvanización ascendente o descendente.

La dosificación es crucial para evitar quemaduras y se basa en la energía que circula por cada centímetro cuadrado de la zona tratada, expresada en mA/cm². También se deben tener en cuenta factores como la tolerancia individual, el tamaño de los electrodos y el tiempo de tratamiento.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Electroterapia en Fisioterapia. Rodríguez Martín. 2014. Editorial Médica Panamericana.
5. Electroterapia práctica. Avances en investigación clínica. Manuel Albornoz Cabello, Julián Maya Martín y Jose Vicente Toledo Marhuenda. Editorial Elsevier.
6. Kroeling P, Gross AR, Goldsmith CH; Cervical Overview Group. A Cochrane review of electrotherapy for mechanical neck disorders. Spine (Phila Pa 1976). 2005 Nov 1; 30(21): E641-8. Doi: 10.1097/01.brs.0000184302.34509.48. PMID: 16261102.

Capítulo 304

DRENAJE BRONQUIAL EN EL NIÑO

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

GLORIA OTERO CORTIJO

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA

1 Introducción

El drenaje bronquial en el niño es un procedimiento terapéutico que se utiliza para eliminar secreciones acumuladas en las vías respiratorias y mejorar la función pulmonar. Está indicado en niños que presentan problemas respiratorios como resultado de la acumulación de moco o secreciones en los bronquios y las vías respiratorias más pequeñas.

Durante el drenaje bronquial, un profesional de la salud, como un fisioterapeuta o un enfermero especializado, utiliza técnicas manuales o dispositivos específicos para movilizar y eliminar las secreciones pulmonares. Estas técnicas pueden incluir golpeteos o palmaditas suaves en la espalda y el pecho del niño, así como la utilización de dispositivos de presión positiva o negativa para ayudar a desalojar las secreciones.

El drenaje bronquial en el niño es especialmente beneficioso en casos de enfermedades respiratorias crónicas como fibrosis quística, bronquiectasias o asma, donde la acumulación de moco puede dificultar la respiración y aumentar el riesgo de infecciones pulmonares. También se utiliza en situaciones agudas, como después de una cirugía pulmonar o en casos de bronquitis grave.

Es importante destacar que el drenaje bronquial en niños debe llevarse a cabo por personal capacitado y bajo supervisión médica, ya que la técnica y la frecuencia pueden variar según las necesidades individuales de cada niño. El objetivo principal es mejorar la función respiratoria y reducir las complicaciones pulmonares, contribuyendo así a una mejor calidad de vida para el paciente pediátrico.

2 Objetivos

Conocer el papel del fisioterapeuta en el drenaje bronquial en el niño.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 el drenaje bronquial en niños, ya que se encarga de aplicar técnicas especializadas para movilizar y eliminar las secreciones acumuladas en las vías respiratorias. Su función es esencial en el manejo de enfermedades respiratorias crónicas y agudas, así como en la recuperación después de procedimientos quirúrgicos pulmonares. A continuación, se detallan las funciones del fisioterapeuta en el drenaje bronquial pediátrico:

Evaluación del paciente: El fisioterapeuta comienza por realizar una evaluación exhaustiva del niño, incluyendo su historia médica y una valoración física. Esto ayuda a determinar la necesidad de drenaje bronquial y el enfoque terapéutico adecuado.

Selección de técnicas: Basándose en la evaluación, el fisioterapeuta elige las técnicas de drenaje bronquial más apropiadas para el niño. Estas técnicas pueden incluir la percusión manual, la vibración, la oscilación y el uso de dispositivos de presión positiva o negativa.

Educación y preparación: El fisioterapeuta educa al paciente y a sus padres o

cuidadores sobre el procedimiento, explicando cómo se llevará a cabo y cuáles son los objetivos. Esto ayuda a reducir la ansiedad y garantiza una colaboración efectiva durante la terapia.

Aplicación de técnicas: El fisioterapeuta utiliza técnicas manuales o dispositivos específicos para movilizar las secreciones pulmonares. Esto implica la aplicación de golpeteos suaves en la espalda y el pecho del niño, así como la administración de presión controlada en las vías respiratorias.

Monitoreo y ajustes: Durante la sesión de drenaje bronquial, el fisioterapeuta monitorea la respuesta del niño y ajusta las técnicas según sea necesario. También evalúa la cantidad y la calidad de las secreciones eliminadas.

Establecimiento de pautas: El fisioterapeuta establece un plan de tratamiento personalizado que incluye la frecuencia y la duración de las sesiones de drenaje bronquial. Además, proporciona orientación sobre ejercicios de respiración y movilización que se pueden realizar en casa.

Seguimiento: El fisioterapeuta realiza un seguimiento continuo del progreso del niño y adapta el tratamiento según sea necesario. También trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico para garantizar una atención integral.

Educación continua: El fisioterapeuta educa a los padres o cuidadores sobre la importancia de mantener una higiene pulmonar adecuada y cómo reconocer signos de empeoramiento respiratorio. También brinda apoyo emocional a la familia.

El fisioterapeuta desempeña un papel fundamental en el drenaje bronquial en niños al aplicar técnicas especializadas, proporcionar educación y apoyo, y contribuir significativamente a la mejora de la función respiratoria y la calidad de vida de los pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del fisioterapeuta para sus compañeros en el drenaje bronquial pediátrico es la comunicación efectiva y la colaboración interdisciplinaria. En este contexto, es esencial mantener una estrecha coordinación con otros profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y terapeutas respiratorios. La clave radica en compartir información relevante sobre el paciente y sus necesidades, así como establecer un plan de tratamiento conjunto.

Además, se recomienda enfocarse en la empatía y la paciencia al trabajar con niños y sus familias. La terapia de drenaje bronquial puede resultar desconocida y aterradora para los pequeños, por lo que es fundamental crear un entorno de confianza y ofrecer una explicación clara y amigable del procedimiento. También se debe prestar atención a las preocupaciones y preguntas de los padres, brindando apoyo emocional y recursos educativos.

La comunicación efectiva y la colaboración interdisciplinaria, junto con un enfoque compasivo hacia los niños y sus familias, son pilares fundamentales para el éxito en el drenaje bronquial pediátrico. Trabajar en equipo y brindar un cuidado centrado en el paciente son aspectos esenciales para garantizar resultados positivos y una experiencia más reconfortante para los pequeños pacientes.

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 305

PAPEL DE LA HIDROTERAPIA EN LA FISIOTERAPIA

GLORIA OTERO CORTIJO

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

1 Introducción

La hidroterapia es una forma de terapia física que utiliza el agua para tratar diversas condiciones médicas y promover la salud. Se basa en el principio de que el agua tiene propiedades únicas que pueden ayudar en la recuperación y el alivio de síntomas.

En la hidroterapia, se emplean técnicas específicas dentro de piscinas terapéuticas, bañeras o duchas, que pueden variar en temperatura y presión. Estas técnicas incluyen ejercicios, masajes y movimientos controlados realizados en el agua. Se utilizan para tratar una amplia gama de afecciones, como lesiones musculares, artritis, rehabilitación postoperatoria, trastornos neuromusculares y dolor crónico.

El agua caliente puede ayudar a relajar los músculos y aliviar la tensión, mientras que el agua fría puede reducir la inflamación. La flotación en el agua reduce la presión sobre las articulaciones, lo que facilita la movilidad y el ejercicio para personas con limitaciones físicas.

La hidroterapia se ha utilizado durante siglos en diversas culturas debido a sus beneficios terapéuticos. Sin embargo, es importante que sea administrada por profesionales de la salud capacitados, como fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales, para asegurarse de que se adapte adecuadamente a las necesidades individuales del paciente y se realice de manera segura.

La hidroterapia es una forma de tratamiento que aprovecha las propiedades del agua para mejorar la salud y tratar afecciones médicas, brindando alivio, rehabilitación y promoción de la movilidad y el bienestar físico.

2 Objetivos

Explicar las funciones del fisioterapeuta en la hidroterapia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 el tratamiento con hidroterapia, utilizando el agua como una herramienta terapéutica para mejorar la salud y la movilidad de los pacientes. Aquí se describen sus funciones en este contexto:

Evaluación del paciente: El fisioterapeuta comienza por realizar una evaluación exhaustiva del paciente para comprender sus necesidades y limitaciones. Esto implica analizar la historia clínica, la condición médica actual, los objetivos del tratamiento y las restricciones individuales.

Diseño de un plan de tratamiento: Basándose en la evaluación, el fisioterapeuta crea un plan de tratamiento personalizado que incluye ejercicios y técnicas de hidroterapia específicas. Este plan se adapta a las necesidades únicas del paciente y se establecen metas realistas.

Supervisión del tratamiento: Durante las sesiones de hidroterapia, el fisioterapeuta está presente para guiar al paciente en la realización de ejercicios y técnicas adecuadas en el agua. Supervisa de cerca la técnica y ajusta el tratamiento según sea necesario para garantizar la seguridad y la eficacia.

Ejercicios terapéuticos: El fisioterapeuta utiliza el agua como resistencia para realizar ejercicios que fortalezcan los músculos y mejoren la flexibilidad. La flotación del agua reduce el impacto en las articulaciones, lo que es beneficioso para personas con lesiones o problemas musculoesqueléticos.

Masajes y movilización: La hidroterapia permite realizar masajes y maniobras de movilización de articulaciones con mayor facilidad debido a la flotación y la temperatura del agua. Esto puede ayudar a reducir el dolor y mejorar la circulación.

Rehabilitación postoperatoria: La hidroterapia es efectiva en la rehabilitación después de cirugías ortopédicas o lesiones deportivas. El fisioterapeuta guía al paciente a través de ejercicios específicos que facilitan la recuperación y minimizan la rigidez.

Control del dolor y la inflamación: El agua caliente y fría se utilizan para aliviar el dolor y reducir la inflamación en áreas específicas del cuerpo. El fisioterapeuta selecciona la temperatura adecuada para cada situación.

Educación del paciente: El fisioterapeuta educa al paciente sobre cómo realizar ejercicios y técnicas de hidroterapia de manera segura, tanto durante las sesiones como en casa. Además, ofrece consejos sobre la autogestión y la prevención de futuras lesiones.

5 Discusión-Conclusión

El fisioterapeuta es fundamental en el tratamiento con hidroterapia, ya que evalúa, diseña planes de tratamiento personalizados, supervisa las sesiones, realiza ejercicios terapéuticos, proporciona masajes y movilización, ayuda en la rehabilitación postoperatoria, controla el dolor y la inflamación, y educa al paciente. Su experiencia y conocimiento garantizan un enfoque seguro y efectivo para mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes.

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 306

ACTUALIZACIÓN CLÍNICA: EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS DIRIGIDOS AL ABORDAJE DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

CÉSAR FRANCISCO VERDEJO

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

1 Introducción

Se define úlcera por presión (UPP) a cualquier tipo de lesión en la piel y tejidos subyacentes causada por un proceso isquémico provocado por el aumento de la presión fundamentalmente y por fricción o cizallamiento de la zona.

Según el tipo de lesión podemos distinguir cuatro tipos:

- Grado 1: solo afecta a la epidermis, presenta integridad cutánea, pero aparece eritema cutáneo que no desaparece al aliviar la presión.
- Grado 2: afecta a la epidermis y dermis superficial, presenta pérdida de continuidad cutánea, vesículas y/o flictenas.
- Grado 3: afecta al tejido subcutáneo sin llegar al tejido muscular, presenta signos de necrosis y esfacelos.
- Grado 4: pérdida total del grosor de la piel con afectación y necrosis en músculo, hueso y tejidos de sostén.

Las UPP representan un problema de salud de gran magnitud debido al elevado coste que su incidencia y prevalencia provocan en los sistemas de salud. Debido

a esto, las UPP han sido declaradas por la OMS como un indicador de la calidad de los cuidados.

Actualmente, se estima que la prevalencia de las UPP en España es del 18,3% en atención primaria, del 27,5% en ámbito hospitalario y del 20,7% en centros sanitarios.

Los factores de riesgo que influyen en la aparición y desarrollo de una UPP los podemos dividir en dos grupos:

- Intrínsecos: edad, incontinencia, estado nutricional.
- Factores predisponentes: disminución de la movilidad, déficit de sensibilidad, deterioro cognitivo, prevención insuficiente o incorrecta.

Dado que la población más susceptible de sufrir una lesión de este tipo es la geriátrica, y los datos demográficos señalan la tendencia al envejecimiento de la población, es importante hacer hincapié en la prevención y el tratamiento de las UPP.

2 Objetivos

En este capítulo nos planteamos los siguientes objetivos:

- Describir los abordajes dirigidos al tratamiento de las UPP.
- Exponer de manera unificada los criterios de actuación para el tratamiento y la prevención de las UPP.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha elaborado una revisión bibliográfica narrativa, desarrollada a partir de búsquedas de bibliografía científica en diferentes bases de datos, tales como Pubmed, Cochrane y Biblioteca Virtual de la Salud, además de Google académico

Se ha seleccionado la literatura científica relacionada con las UPP, su prevención y tratamiento. Se incluyen artículos revisados y guías de práctica clínica.

4 Resultados

Prevención:

La evidencia científica establece cuatro puntos fuertes para realizar una correcta prevención de las UPP.

1. Piel: vigilar a diario, mantenerla limpia y secar sin fricción, hidratada y utilizar ropa transpirable. No usar alcohol o productos que lo incorporen.
2. Movilización: fomentar la movilidad y el ejercicio físico, realizar cambios posturales cada 2 o 3 horas (supino) y cada hora (sedestación).
3. Apoyo psicológico: acompañar al paciente y prestar atención a su estado emocional, animar al paciente a que recupere su funcionalidad o realice actividades placenteras para ocupar el tiempo libre.
4. Medios complementarios: utilización de dispositivos para la disminución de la presión en una determinada zona, pueden ser de diversos materiales, se trata de:
 - Soporte textil o piel de cordero: actúa como empapador reduciendo la humedad, la presión y el rozamiento.
 - Cojines. Alivian la presión en la zona e incrementan el confort del paciente. Contraindicados los de tipo flotador.
 - Colchones: las indicaciones principales son, de aire alternante (inmovilidad total) y de látex (en casos donde se preserve cierta movilidad).
 - Taloneras.
 - Vendajes como protector local: es poco recomendable salvo en momentos puntuales, vigilar tensión, humedad, higiene.

Tratamiento:

La primera medida y más importante es la eliminación de la causa que la produce, en este sentido se deberán centrar los esfuerzos en mantener la zona de la lesión en descompresión el máximo tiempo tolerable según su localización. Se realizará a través de cambios posturales o el uso de los medios complementarios.

A continuación, desarrollamos los cuatro fundamentos en los que se basa el tratamiento de las UPP:

Limpieza:

Existe consenso científico para recomendar la utilización únicamente de suero salino fisiológico con mínima presión para facilitar el arrastre de los materiales de desecho y suciedad. Respecto a la utilización de antisépticos tópicos, hay controversia científica, pues no está probada su acción antiséptica en tejidos profundos y pueden generar toxicidad para los granulocitos, monocitos y fibroblastos, lo que provocaría retraso en la cicatrización.

Desbridamiento de los tejidos esfacelados y necróticos:

Los tejidos esfacelados y necróticos constituyen un medio ideal para la proliferación de bacterias, por lo que un desbridamiento eficaz de estos es esencial para que se produzca el proceso de cicatrización. Existen diferentes tipos:

- Quirúrgico o cortante: se considera de primera elección. Se realiza por planos y en varias sesiones. Es importante prestar atención al manejo del dolor, ya que

dependiendo del grado de evolución puede resultar muy dolorosa.

- Enzimático: es más selectiva y se considera una técnica atraumática, pero su mecanismo de acción es el más lento. Se realiza con productos que provocan la desintegración de los tejidos de desecho.

Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección

Selección del apósito:

Alginantos: son hemostáticos y bioabsorbentes (absorben entre 15 y 20 veces su peso) y se utilizan en heridas con moderada y alta exudación, heridas sangrantes, tras el desbridamiento quirúrgico y en heridas infectadas con presencia de exudado purulento.

Hidrocelulares: son conocidos como foam o espumas poliméricas y son semipermeables a líquidos y bacterias; también permiten la evaporación y el intercambio gaseoso. No recomendadas en UPP secas con placas necróticas. Tienen como objetivos la absorción del exudado y la prevención de la maceración, y se indican en UPP con exudado moderado y alto en combinación con tratamientos tópicos.

Hidrocoloides: generan un ambiente húmedo, favoreciendo la cicatrización y sirven de protección ante la infección. Contraindicadas en UPP con gran exudado, pues son impermeables y pueden provocar un exceso de la humedad y aparición de maceración. Se recomienda su uso en UPP de grado 1 y 2 y en el caso de las UPP grado 3 rellenar las cavidades con polvo o gel.

Silicona: se trata de apósitos absorbentes cubiertos de silicona. Absorben el exudado y reducen el traumatismo cutáneo producido por los cambios de apósito. Pueden combinarse con pomadas desbridantes. Se recomiendan en heridas dolorosas y tras la fijación de injertos y están contraindicadas en UPP cavitadas y/o infectadas.

5 Discusión-Conclusión

Las UPP son un problema de salud que provoca grandes consecuencias tanto en el incremento del gasto sanitario, como en la disminución de los niveles de calidad de vida de las personas que las padecen. Es por este motivo la importancia que adquiere la prevención de estas lesiones. La prevención constituye el tratamiento más eficaz, efectivo y eficiente en el abordaje de las UPP.

Tras la aparición de la lesión, todos los profesionales y cuidadores deben seguir las recomendaciones de forma exhaustiva y coordinada para llevar a cabo un proceso de curación óptimo.

Por esta razón es importante revisar y actualizar las guías de práctica clínica y generar una mayor difusión del tema para que se realicen tratamientos adecuados

en todos los ámbitos sanitarios.

6 Bibliografía

1. Plaza Blázquez, Remedios; Guija Rubio, Rosa María; Martínez Ivars, Ma Luisa; Alarcón Alarcón, Monserrat; Calero Martínez, Caridad; Piqueras Díaz, M^a Joaquina; Hernández García, Esther. Prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión. Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 1, núm. 6, febrero, 2007, pp. 284-290. Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria.
2. Úlceras por presión. Prevención, tratamiento y consejos desde la farmacia. Vol. 23. Núm. 3. Páginas 130-134 (marzo 2004). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presion-prevencion-tratamiento-13059416>.
3. Christine Kreindl, Karen Basfi, Pamela Rojas, Gabriela Carrasco. Tratamiento nutricional en úlceras por presión y úlceras venosas. Revista chilena de nutrición. Vol. 46 no.2 Santiago abr. 2019. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182019000200197&script=sci_arttext.
4. Fernando Patón Villar, Gloria Lorente Granados, Blanca Fernández-Lasquetty Blanc, Antonio Hernández Martínez, Sandra Escot Higuera, Ma Azucena Quero Palomino, Isabel Navarro González. Plan de mejora continua en prevención-tratamiento de úlceras por presión según el ciclo de Deming. Gerokomos vol. 24 no.3 Barcelona sep. 2013.

Capítulo 307

LA IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON BRONQUIOLITIS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

VANESA JIMÉNEZ PULIDO

ANA EUGENIA VERA ORTEGA

JUAN PARRA GIL

1 Introducción

La bronquiolitis aguda es la principal causa de visitas al Departamento de Emergencias durante el invierno en niños menores de dos años. Da como resultado una alta utilización de los recursos sanitarios y supone una carga cada vez mayor para los consultorios ambulatorios, los departamentos de urgencias y los hospitales. Hace algunos años, la Academia Estadounidense de Pediatría publicó una declaración sobre el diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis. Sin embargo, los criterios para diagnosticar la bronquiolitis aguda varían mucho.

La bronquiolitis viral aguda (BAV) es una lesión aguda de los bronquiolos respiratorios asociada con una infección viral, con una incidencia máxima entre los 2 y 6 meses de edad. Resulta en la obstrucción de las vías respiratorias de pequeño calibre, debido a la infección por virus estacionales. Aunque suele ser una enfermedad autolimitada, produce importante morbilidad en lactantes menores de 6 meses y en pacientes con enfermedades crónicas, como consecuencia del

desajuste ventilación-perfusión, caracterizado por un aumento del trabajo respiratorio. La evidencia sobre el efecto del tratamiento de fisioterapia en los lactantes hospitalizados con bronquiolitis aguda o neumonía no está clara. Además, el tratamiento de fisioterapia definido como vibración, percusión, drenaje postural, técnicas espiratorias pasivas lentas y técnicas espiratorias pasivas forzadas generalmente no se recomienda.

Los últimos avances de la fisioterapia respiratoria en pacientes con Bronquiolitis pueden ayudar a la eliminación de secreciones y mejora de la sintomatología, sin embargo, a día de hoy todavía surgen dudas sobre las indicaciones de tratamiento y técnica de elección.

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 bronquiolitis.

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 ("bronchiolitis" 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 bronquiolitis. El filtro de búsqueda se realizó en estudios que no superasen los cinco años de antigüedad.

4 Resultados

En el primer artículo analizado "Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old" se llegó a la conclusión que ninguna de las técnicas de fisioterapia torácica analizadas en esta revisión (técnicas espiratorias pasivas lentas convencionales o técnicas espiratorias forzadas) ha demostrado una reducción en la gravedad de la enfermedad. Por estos motivos, estas técnicas no pueden utilizarse como práctica clínica estándar en pacientes hospitalizados con bronquiolitis grave. Existe evidencia de alta calidad de que las

técnicas de espiración forzada en pacientes graves no mejoran su estado de salud y pueden provocar eventos adversos graves. Las técnicas de espiración pasiva lenta proporcionan un alivio inmediato y transitorio en pacientes moderados sin impacto en la duración. Los estudios futuros deberían probar el efecto potencial de las técnicas espiratorias pasivas lentas en pacientes no hospitalizados de leves a moderados y en pacientes con virus respiratorio sincitial.

En el segundo artículo analizado “Effects of the use of respiratory physiotherapy in children admitted with acute viral bronchiolitis” se llegó a la conclusión de que el uso de fisioterapia respiratoria en niños con bronquiolitis sigue siendo controvertido. La heterogeneidad de las técnicas evaluadas en los estudios limita la interpretación de la eficacia, aunque su uso se consideró seguro. Quedan por confirmar los hallazgos recientes que indican una reducción en la duración de la estancia hospitalaria.

En el tercer artículo analizado “Immediate Effects and Safety of High-Frequency Chest Wall Compression Compared to Airway Clearance Techniques in Non-Hospitalized Infants With Acute Viral Bronchiolitis” Se incluyeron un total de 91 sujetos infantiles, con una edad media de $7,9 \pm 2,6$ meses. Se encontraron diferencias significativas ($P = 0,004$) entre los grupos en la puntuación de Wang, que fue 0,28 puntos menor en el grupo de técnicas de limpieza de las vías respiratorias. Hubo un mayor aumento de lactantes clasificados como normales y una mayor disminución de los clasificados como leves según la puntuación de Wang cuando se utilizaron técnicas de limpieza de las vías respiratorias en comparación con el uso de Compresión a alta frecuencia de la pared torácica (HFCWC) ($P = 0,009$). El peso húmedo del esputo fue menor en los sujetos tratados con técnicas de limpieza de las vías respiratorias ($P < .001$). Aunque mejoró en ambos grupos, no se encontraron diferencias entre ellos. Tampoco hubo diferencias en cuanto a los eventos adversos y la mayoría de los niños no presentaron ningún evento adverso después de 20 minutos.

En el cuarto artículo analizado “Effectiveness of airway clearance techniques in children hospitalized with acute bronchiolitis. Ciento tres niños fueron asignados aleatoriamente para recibir una sesión diaria de 20 minutos, ya sea drenaje autógeno asistido (AAD), ventilación por percusión intrapulmonar (IPV) o rebote (B) (grupo de control), noventa y tres terminaron el estudio en el que se llegó a la conclusión de que Ambos grupos redujeron significativamente la duración de la estancia hospitalaria en comparación con ninguna fisioterapia.

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizada 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 hemos llegado a la conclusión que el tratamiento de fisioterapia respiratoria en pacientes que sufren bronquiolitis, puede reducir las estancias hospitalarias así como mejorar la sintomatología.

Sigue siendo contradictorios la elección de qué técnica es más eficiente en cuanto al tratamiento. Por lo que es importante que en ensayos clínicos futuros se pueda ver menos heterogeneidad en cuanto a técnicas y comprobar el efecto más específico del tratamiento en pacientes que sufren bronquiolitis.

6 Bibliografía

1. Carroll KN, Gebretsadik T, Griffin MR, Wu P, Dupont WD, Mitchel EF, et al. The increasing burden and risk factors for bronchiolitis-related medical visits in infants enrolled in a state healthcare insurance plan. *Pediatrics* 2008;122(1):58-64. [PUBMED: PMC2655142]
2. Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and management of bronchiolitis. *Pediatrics* 2006;118:1774-93
3. E. Conway, P.J. Schoettker, A. Moore, et al. Empowering respiratory therapists to take a more active role in delivering quality care for infants with bronchiolitis *Respir Care*, 49 (2004), pp. 589-599
4. E. Conway, P.J. Schoettker, A. Moore, et al. Empowering respiratory therapists to take a more active role in delivering quality care for infants with bronchiolitis *Respir Care*, 49 (2004), pp. 589-599
5. A. Nicolai, M. Ferrara, C. Schiavariello, et al. Viral bronchiolitis in children: a common condition with few therapeutic options *Early Hum Dev*, 89 (Suppl. 3) (2013), pp. 7-11
6. Roquei Figuls M, Gine-Garriga M, Granados Rugeles C, Perrotta C, Vilaro J. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2:CD004873.
7. Roqué i Figuls M, Giné-Garriga M, Granados Rugeles C, Perrotta C, Vilaró J. Fisioterapia torácica para la bronquiolitis aguda en pacientes pediátricos entre 0 y 24 meses. *Sistema de base de datos Cochrane Rev*. 2016 1 de febrero; 2 (2): CD004873. doi: 10.1002/14651858.CD004873.
8. Gomes GR, Donadio MVF. Effects of the use of respiratory physiotherapy in children admitted with acute viral bronchiolitis. *Arch Pediatr*. 2018 Aug;25(6):394-

398. doi: 10.1016/j.arcped.2018.06.004. Epub 2018 Jul 29. PMID: 30064712
9. González-Bellido V, Velaz-Baza V, Blanco-Moncada E, Del Carmen Jimeno Esteo M, Cuenca-Zaldívar JN, Colombo-Marro A, Donadio MVF, Torres-Castro R. Immediate Effects and Safety of High-Frequency Chest Wall Compression Compared to Airway Clearance Techniques in Non-Hospitalized Infants With Acute Viral Bronchiolitis. *Respir Care*. 2021 Mar;66(3):425-433. doi: 10.4187/respcare.08177. Epub 2020 Nov 3. PMID: 33144386.
10. Van Ginderdeuren F, Vandenplas Y, Deneyer M, Vanlaethem S, Buyl R, Kerkhofs E. Effectiveness of airway clearance techniques in children hospitalized with acute bronchiolitis. *Pediatr Pulmonol*. 2017 Feb;52(2):225- 231. doi: 10.1002/ppul.23495. Epub 2016 Jun 2. PMID: 27254132.

Capítulo 308

EL PAPEL DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA FISIOTERAPIA DESPUÉS DE UN EMBARAZO POR CESÁREA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

VANESA JIMÉNEZ PULIDO

JUAN PARRA GIL

ANA EUGENIA VERA ORTEGA

1 Introducción

La Cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto mediante vía abdominal a través de una incisión en el útero. En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que las tasas ideales de parto por cesárea deberían oscilar entre un 10% y un 15%. Sin embargo, recientemente declaró que una de cada cinco mujeres da a luz por cesárea, lo que representa un 20%. Las consecuencias de la cesárea se pueden clasificar en: consecuencias a corto plazo y consecuencias a largo plazo. A corto plazo, una de las consecuencias frecuentes es el dolor agudo asociado al posoperatorio.

Las indicaciones clínicas de la cesárea están estrictamente controladas. Con la mejora de la tecnología de reproducción asistida, la tasa de cesáreas también está aumentando. Además, con la publicación de la política del segundo hijo, la tasa

de segundos embarazos en el útero cicatricial tiene una tendencia creciente. La disfunción del suelo pélvico (DSP) provocada por la Cesárea es una enfermedad ginecológica común, que incluye prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, etc. en la práctica clínica, de las cuales la incontinencia urinaria es la más común, que causa cierto daño a los músculos del suelo pélvico de la paciente durante el embarazo y el parto, el daño al nervio perineal puede provocar atrofia muscular local y luego agravar el daño a los músculos pélvicos. El papel de la fisioterapia de suelo pélvico es un tratamiento importantísimo y vital en este tipo de pacientes. Realizamos una búsqueda bibliográfica para comprobar los últimos avances 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 y sus resultados en pacientes que hayan sido intervenidos por cesárea.

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 ("Cesárea" 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 hayan sido intervenidos por Cesárea. El filtro de búsqueda se realizó en estudios que no superasen los diez años de antigüedad.

4 Resultados

En el primer artículo analizado "Fisioterapia en las secuelas del parto por cesárea. Una revisión sistemática" se obtuvieron los siguientes resultados. Se obtuvieron un total de 280 artículos, de los cuales 9 fueron seleccionados luego de aplicar los criterios de elegibilidad. En ellos, la intervención fisioterapéutica más utilizada fue la electroterapia, seguida de la masoterapia y el ejercicio terapéutico. Los estudios muestran efectos de estas formas de fisioterapia, con una duración y frecuencia determinada, con mejoras en el dolor, actividades de la vida diaria,

nivel de comodidad, rango articular y reducción en el consumo de analgésicos. La fisioterapia dispone de diversas modalidades con las que atender las complicaciones tras la cesárea, tanto en una fase inmediata como tardía, destacando especialmente la reducción del dolor.

En el segundo artículo analizado “Predictive value of abdominal wall scar score for pelvic floor function rehabilitation, vaginal microecology and complications after cesarean section” se llegó a la conclusión de que el puntaje de cicatriz abdominal tiene cierto efecto en la predicción de la recuperación de la función del suelo pélvico, la microecología vaginal y las complicaciones después de la cesárea. Por lo tanto, puede ayudar al personal médico a ajustar las medidas de tratamiento a tiempo, lo que puede utilizarse como medio de examen auxiliar preoperatorio.

En el tercer artículo analizado “Influence of transcutaneous electrical nerve stimulation on pain intensity and functional activities following lower segment cesarean section” en el cual se aplicó TENS en el postoperatorio de cirugía por cesárea se llegó a la conclusión de que los resultados de nuestro estudio sugieren que la administración de TENS después de una cirugía por cesárea muestra una mejora en la intensidad del dolor y las actividades funcionales según lo informado en escala numérica de dolor y escala funcional específica del paciente respectivamente.

En el cuarto artículo analizado “Changes in the scar tissue structure after cesarean section as a result of manual therapy” se llegó a la conclusión de que como resultado de la terapia, el estado de la cicatriz en el grupo de tratamiento mejoró significativamente. Se aliviaron los onerosos síntomas relacionados con las cicatrices. Se redujo la hiperpigmentación y la distorsión de la cicatriz. La elasticidad y flexibilidad de la cicatriz aumentaron. Mejoró la textura, acabado y contorno de la cicatriz. Los resultados obtenidos sugieren que la terapia manual de la cicatriz después de la cesárea debería ser parte del tratamiento en mujeres durante el posparto.

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizada 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 hemos llegado a la conclusión que el tratamiento de fisioterapia en pacientes que han sido intervenidos por cesárea tiene múltiples beneficios como; la mejora de la cicatriz que deja la cirugía (reducción de hiperpigmentación, mejora de la elasticidad, así como la flexibilidad de la cicatriz).

Además, el uso de electroterapia mediante corriente TENS mejoró la intensidad del dolor disminuyéndolo, mejoró la funcionalidad de los pacientes que fueron intervenidos. Por lo que se demuestra una vez más la importancia clínica del tratamiento de fisioterapia en pacientes que han sido intervenidos de una cirugía por cesárea.

6 Bibliografía

1. Carlos Schnapp S, Eduardo Sepúlveda S, Jorge Andrés Robert S. Operación cesárea. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 1 de noviembre de 2014;25(6):987- 992.
2. OMS | Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. [Consultado 28 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
3. Carvalho Borges N, Costa e Silva B, Fortunato Pedroso C, Cavalcante Silva T, Silva Ferreira Tatagiba B, Varanda Pereira L. Dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana. *Enferm Glob*. 1 de octubre de 2017;16(4):354. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267721>
4. Sholapurkar (2018) Sholapurkar SL. Etiology of cesarean uterine scar defect (Niche): detailed critical analysis of hypotheses and prevention strategies and peritoneal closure debate. *Journal of Clinical Medicine Research*. 2018;10(3):166–173. doi: 10.14740/jocmr3271w. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]
5. Zachovajeviene et al. (2019) Zachovajeviene B, Siupsinskas L, Zachovajevs P, Venclovas Z, Milonas D. Effect of diaphragm and abdominal muscle training on pelvic floor strength and endurance: results of a prospective randomized trial. *Scientific Reports*. 2019;9(1):19192. doi: 10.1038/s41598-019-55724-4. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]
6. Ceballos-Rivera M, González-González Y, Alonso-Calvete A, Justo-Cousiño LA, Da Cuña-Carrera I. Fisioterapia en las secuelas del parto por cesárea. Una revisión sistemática [Physiotherapy in the sequelae of cesarean childbirth. A systematic review.]. *Rev Esp Salud Publica*. 2023 Jan 12;97:e202301002. Spanish. PMID: 36636805.
7. Yang Y, Yang H, Ji J, Zhao Y, He Y, Wu J. Predictive value of abdominal wall scar score for pelvic floor function rehabilitation, vaginal microecology and complications after cesarean section. *PeerJ*. 2023 Sep 15;11:e16012. doi: 10.7717/peerj.16012. PMID: 37727692; PMCID: PMC10506580.

8. R Velingkar K, Ramachandra P, V Pai M, Krishna Rao B. Influence of transcutaneous electrical nerve stimulation on pain intensity and functional activities following lower segment cesarean section. *Physiother Theory Pract.* 2023 Oct 3;39(10):2099-2105. doi: 10.1080/09593985.2022.2070089. Epub 2022 Apr 28. PMID: 35481415.
9. Olszewska K, Ptak A, Rusak A, Dębiec-Bąk A, Stefańska M. Changes in the scar tissue structure after cesarean section as a result of manual therapy. *Adv Clin Exp Med.* 2023 Sep 4. doi: 10.17219/acem/169236. Epub ahead of print. PMID: 37665082.

Capítulo 309

ÚLTIMOS AVANCES DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

VANESA JIMÉNEZ PULIDO

JUAN PARRA GIL

ANA EUGENIA VERA ORTEGA

1 Introducción

La amputación es la extirpación o pérdida total o parcial de una extremidad, como dedos de los pies, brazos, piernas, etc. Esto puede obstaculizar las actividades de una persona y cambiar la experiencia de la tarea. La mayoría de las amputaciones se realizan para tratar problemas como gangrena, enfermedad vascular periférica, tumores, infecciones, deformidades congénitas, etc. Las enfermedades vasculares comprenden más del 90 por ciento de las amputaciones de miembros inferiores (1). Cada año en los Estados Unidos aproximadamente 185.000 personas sufren amputación de un miembro. Aparte de los desafíos que un paciente puede experimentar para adaptarse a la pérdida anatómica, las amputaciones de extremidades pueden complicarse por una variedad de dolores y sensaciones posteriores

al procedimiento, incluido el dolor del miembro fantasmas (2). Cada año se realizan más de 6000 amputaciones de piernas en el Reino Unido y se informa más de dos millones de personas con pérdida de extremidades (3).

Muchos estudios han informado que los valores de los componentes de la fuerza de reacción vertical del suelo de una extremidad amputada en la fase de apoyo son más bajos que los de la extremidad exacta (4). A día de hoy la fisioterapia es un tratamiento conservador que puede ayudar a mejorar la funcionalidad de los pacientes que sufren amputación en miembro inferior, ya sea en la mejora de la marcha en aquellos pacientes que son aptos para prótesis. Además, el tratamiento de fisioterapia puede disminuir el dolor que sufren estos pacientes por síndrome de dolor fantasma.

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 amputación en miembro inferior.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos (Pubmed, Pedro, y Google académico), en la 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, que eran artículos en los cuales el estudio analizado contemplase el tratamiento de fisioterapia en pacientes que sufran amputación en miembro inferior. El filtro de búsqueda se realizó en estudios que no superasen los diez años de antigüedad.

4 Resultados

En el primer artículo analizado "A systematic literature review of physiotherapy and rehabilitation approaches to lower-limb amputation" en el cual se realizó una búsqueda sistemática de literatura utilizando las bases de datos PubMed, Web of Science, Cochrane, CINAHL, EMBASE, SCOPUS y EMB Reviews el 31 de diciembre de 2015. Los revisores identificaron y evaluaron de forma independiente los estudios con las palabras clave de búsqueda. La búsqueda arrojó 403 artículos potencialmente relevantes tras la eliminación de duplicados. De estos, solo nueve

artículos cumplieron los criterios de inclusión. Todos los estudios fueron artículos originales, uno de los cuales fue un estudio controlado aleatorio. Se utilizaron diferentes métodos de medición y se obtuvieron resultados positivos en términos de estado funcional, capacidad de levantamiento de pesas con prótesis, capacidad para caminar y mantener el equilibrio y proceso de atención aguda con un programa de fisioterapia (5).

En el segundo artículo analizado “A comprehensive physiotherapy rehabilitation for lower limb amputation as a consequence of cannabis and alcohol dependency: a case report” Este estudio de caso representa un programa de rehabilitación para este paciente que sufrió un derrame cerebral seguido de una amputación de la pierna izquierda. Se centra en devolver al paciente a su vida casi normal. La fisioterapia regular ayudó al paciente a ganar confianza, ayudó a resolver sus adicciones y le proporcionó un control estructural individual. Presentamos un caso poco común de amputación por encima de la rodilla secundaria a complicaciones del abuso de alcohol, donde una extensa atención postoperatoria y un elaborado programa de fisioterapia dieron como resultado una recuperación exitosa (6).

En el tercer artículo analizado “Virtual and augmented reality-based treatments for phantom limb pain: a systematic review” se llegó a la conclusión que el número de estudios que utilizan realidad virtual en el tratamiento de dolor de miembro fantasma se ha ampliado desde una revisión de 2017 sobre el tema. La mayoría de estos estudios ofrecen respaldo a la eficacia del tratamiento de miembro fantasma con tratamientos basados en realidad virtual aumentada. Se han ampliado las investigaciones sobre la personalización, las mediciones de resultados y el análisis estadístico de los tratamientos de realidad virtual. Si bien los resultados son prometedores, la mayoría de las publicaciones se limitan a series de casos y se debe tener precaución con las indicaciones clínicas. Con las mejoras en la calidad de la evidencia, quedan vías para futuras investigaciones, incluido un mayor muestreo, aleatorización, optimización de la duración del tratamiento y comparaciones con terapias alternativas (7).

En el cuarto artículo analizado “Mirror therapy and transcutaneous electrical nerve stimulation for management of phantom limb pain in amputees - a single blinded randomized controlled trial” llegó a la conclusión que tanto la terapia espejo como la terapia con electroterapia (TENS) eran efectivas para reducir el dolor a corto plazo. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre los dos grupos. La fundamentación con un seguimiento a largo plazo es fundamental para comprobar su eficacia a largo plazo (8).

En el quinto artículo analizado “The effect of rehabilitation therapies on quality of life and function in individuals with phantom limb pain after lower-limb amputation: a systematic review” se llegó a la conclusión el efecto general de las intervenciones de rehabilitación sobre la calidad de vida y la función no es concluyente debido a los resultados variables en los ensayos controlados aleatorios incluidos. Se necesita más investigación para explorar el impacto de las intervenciones más allá del resultado del dolor y establecer una conclusión más clara. Se recomienda incluir medidas de calidad de vida y función, así como del dolor, en estudios con personas con amputación en miembro inferior (9).

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizada 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, hemos llegado a la conclusión que el tratamiento de fisioterapia en pacientes que sufren amputación en miembros inferiores puede mejorar y aliviar sintomatología así como mejorar la funcionalidad de los pacientes que han sufrido amputación en miembro inferior, así como mejorar o disminuir el dolor por síndrome de dolor fantasma. Sin embargo, debido a la gran variedad de los distintos pacientes, así como las variantes en la amputación, sigue sin existir una evidencia científica clara sobre los efectos positivos en la funcionalidad de este tipo de pacientes. Por lo que es importante que sigan analizándose los futuros ensayos clínicos que a día de hoy están en pleno desarrollo.

6 Bibliografía

1. A survey on causes of amputation in a 9-year period in Iran. Mousavi AA, Saied AR, Heidari E. Arch orthop trauma surg. 2012;132:1555–1559.
2. Barbin J, Seetha V, Casillas JM et al. The effects of mirror therapy on pain and motor control of phantom limb in amputees: a systematic review. Ann Phys Rehabil Med. 2016;59(4):270–275.
3. Cumming J, Barr S, Howe TE. Prosthetic rehabilitation for older dysvascular people following a unilateral transfemoral amputation. Cochrane database of systematic reviews, 2006, Issue 4. [DOI: 10.1002/14651858.CD005260.pub2.
4. Burkett B., Smeathers J., Barker T. Walking and running inter-limb asymmetry for paralympic trans-femoral amputees, a biomechanical analysis. Prosthetics

and Orthotics International. 2003;27(1):36–47. doi: 10.3109/03093640309167975.

5. Ülger Ö, Yıldırım Şahan T, Çelik SE. A systematic literature review of physiotherapy and rehabilitation approaches to lower-limb amputation. *Physiother Theory Pract*. 2018 Nov;34(11):821-834. doi: 10.1080/09593985.2018.1425938. Epub 2018 Jan 19. PMID: 29351504.

6. Ahmad Siraj S, Kulkarni CA, Patil S. A Comprehensive Physiotherapy Rehabilitation for Lower Limb Amputation as a Consequence of Cannabis and Alcohol Dependency: A Case Report. *Cureus*. 2022 Nov 20;14(11):e31700. doi: 10.7759/cureus.31700. PMID: 36561577; PMCID: PMC9767390.

7. Vasantachart AY, Yeo E, Chau B. Virtual and Augmented Reality-based Treatments for Phantom Limb Pain: A Systematic Review. *Innov Clin Neurosci*. 2022 Oct-Dec;19(10-12):48-57. PMID: 36591552; PMCID: PMC9776775.

8. Tilak M, Isaac SA, Fletcher J, Vasanthan LT, Subbaiah RS, Babu A, Bhide R, Tharion G. Mirror therapy and transcutaneous electrical nerve stimulation for management of phantom limb pain in amputees - a single blinded randomized controlled trial. *Physiother Res Int*. 2016 Jun;21(2):109-15. doi: 10.1002/pri.1626. Epub 2015 Apr 1. PMID: 25832306.

9. Gane E, Petersen P, Killalea T, Glavinovic P, Nash I, Batten H. The effect of rehabilitation therapies on quality of life and function in individuals with phantom limb pain after lower-limb amputation: A systematic review. *Prosthet Orthot Int*. 2023 Sep 14. doi: 10.1097/PXR.0000000000000288. Epub ahead of print. PMID: 37708332.

Capítulo 310

MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS VERSUS MEDICAMENTOS BIOSIMILARES: CARACTERÍSTICAS Y DIFERENCIAS ENTRE AMBOS FÁRMACOS. DESARROLLO, EVOLUCIÓN E IMPACTO ECONÓMICO EN EL SISTEMA SANITARIO

CLARA PAULA DE UÑA SANTOS

1 Introducción

A diferencia de lo que se podría llegar a pensar al escuchar la palabra medicamento, los medicamentos biológicos difieren mucho de ser sustancias creadas por compuestos químicos, puesto que proceden de organismos vivos, como por ejemplo células modificadas. (1)

Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) se define medicamento biológico como un producto cuyo principio activo es biológico. Estos medicamentos requieren métodos estrictos y especiales de fabricación para garantizar su calidad.

Se consideran medicamentos biológicos los medicamentos inmunológicos y los medicamentos derivados de la sangre o el plasma humanos, así como los medicamentos de terapia avanzada. (2)

Son medicamentos habituales en la práctica clínica y en muchos casos, indispensables. Entre sus indicaciones, se emplean en el tratamiento de enfermedades crónicas como artritis reumatoide, diabetes, enfermedades autoinmunes o cáncer.

Un medicamento biológico equivalente en su estructura molecular, actividad farmacológica, eficacia y seguridad a otro biológico (medicamento de referencia) se define como medicamento biológico similar (comúnmente llamado biosimilar). En este caso, el medicamento de referencia debe estar autorizado en el espacio económico europeo, tener una elevada experiencia clínica de uso y la patente vencida. (3)

Los biosimilares no se pueden considerar medicamentos genéricos puesto que al no ser medicamentos de síntesis química, nunca va a tener una estructura idéntica al medicamento de referencia.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son:

- Exponer las diferencias entre medicamento biológico y biosimilar.
- Detallar la evolución de los medicamentos biosimilares en el marco europeo.
- Analizar impacto económico de dichos medicamentos.
- Revisar los biosimilares usados en atención primaria.

3 Metodología

En el desarrollo de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en la literatura científica y una búsqueda avanzada en las diferentes bases de datos como PubMed y Scielo donde se han seleccionado las publicaciones académicas revisadas más actualizadas.

4 Resultados

La Unión Europea ha sido pionera en la regulación de los medicamentos biológicos similares o biosimilares desde el 2006, año en el que se autorizó la hormona de crecimiento como el primer medicamento biosimilar. Durante estos últimos diez años, se han aprobado el mayor número de biosimilares de todo el mundo, acaparando así una gran experiencia en cuanto a uso y seguridad. (4)

La incorporación de biosimilares al mercado, supone para los pacientes en los cuales están indicados estos medicamentos biológicos, una mejora del acceso a estos tratamientos, ya que cuentan con nulas o escasas alternativas terapéuticas. Por otro lado, al generar competencia terapéutica, contribuye a reducir los precios de los medicamentos y constituye una expectativa para la sostenibilidad del sistema sanitario.

Los biosimilares se han convertido en un recurso terapéutico fundamental para tratar muchas enfermedades que carecían de tratamiento adecuado. Actualmente, hay muchos medicamentos biológicos en investigación, por lo que se espera que aumente considerablemente en un futuro el número de innovaciones para tratar diferentes patologías. Por este motivo destaca la importancia de estos tratamientos en el sistema sanitario y la investigación de cualquier país. (5)

El impacto económico de los biosimilares en nuestro sistema sanitario genera una guerra de precios.

Por un lado, supone un ahorro directo de los recursos, ya que la Administración obliga tener un precio inicial inferior al del medicamento de referencia.

Por otro lado, el sistema de precios de referencia exige que el medicamento original baje de precio para seguir siendo financiado por el sistema público.

Diversos estudios han estimado ahorro en el sistema nacional de salud generado por la introducción de biosimilares desde 2009-2016 de 478 millones de euros. Ya en el periodo 2017-2020 esta cantidad aumenta a 1965 millones previsiblemente (Fundación Weber)

La mayoría de los biosimilares disponibles en el mercado son de uso hospitalario.

El primer biosimilar de prescripción en atención primaria es la insulina glargina. Existen dos especialidades aprobadas de las que solo una, Abasaglar® está actualmente comercializada.

Existen estudios preclínicos que demuestran similitud, estructura, farmacocinética y farmacodinámica entre las dos moléculas. También se han realizado ensayos de eficacia e inmunogenicidad en los que no se ha demostrado diferencias significativas respecto al fármaco de referencia.

Se recomienda uso de Abasaglar® en pacientes que inician tratamiento de insulinización y administrar conjuntamente con otras insulinas de acción rápida o hipoglucemiantes orales.

No está permitido realizar la sustitución de ambos medicamentos directamente en la farmacia comunitaria.

5 Discusión-Conclusión

Se destaca la importancia de que un biosimilar es un medicamento muy similar a otro medicamento biológico ya autorizado en la UE (denominado «medicamento de referencia»). A diferencia de los genéricos, no son copias idénticas y se originan a partir de organismos vivos.

Cabe destacar la importancia en el estudio e investigación de estos medicamentos, ya que supone varios beneficios de cara al futuro. Por un lado, implica una mejora en el tratamiento de enfermedades complejas y acceso terapéutico del paciente. Y, por otro lado, un ahorro del sistema nacional de salud que conlleva la sostenibilidad del sistema.

Se concluye remarcando que la insulina Abasaglar® es el único medicamento biosimilar utilizado en atención primaria y quedando a la espera de que otros tratamientos biosimilares se vayan comercializando a medida que vayan finalizando sus patentes.

6 Bibliografía

1. <https://www.aemps.gob.es/publicaciones/publica/docs/guia-medicamentos-biosimilares.pdf>.
2. <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/medicamentos-biologicos/>.
3. <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/medicamentos-biologicos/biosimilares/>.
4. https://www.ema.europa.eu/en/documents/leaflet/biosimilars-eu-information-guide-healthcare-professionals_es.pdf.
5. Moorkens, E. et al. (2016). Overcoming Barriers to the Market Access of Biosimilars in the European Union: The Case of Biosimilar Monoclonal Antibodies. *Pharmacol*, 29(7), p. 193.

Capítulo 311

TIPOS DE MEDIOS DE CULTIVO EN MICROBIOLOGÍA

SANDRA MORENO PEREZ

1 Introducción

Los medios de cultivo en microbiología se utilizan para poder dar a comer a los microorganismos y de esta manera poder hacer crecer el microorganismo que nos interesa estudiar o por el contrario inhibir el crecimiento de los microorganismos que no queremos que crezcan.

Hay diferentes características y condiciones importantes que debemos de tener en cuenta, de entre ellos nos encontramos con la temperatura, ya que cada microorganismo crece de manera más idónea en una temperatura u otra. Otro punto a tener en cuenta es el ph, hay muchos microorganismos que crecen mejor con un ph neutro, mientras que otros crecen mejor con ph ácido. Otro de los puntos importantes para el cultivo de un microorganismo es que el medio en el que lo vamos a hacer crecer sea completamente estéril, es muy importante también para el crecimiento de los microorganismo que no estén expuestos a la luz solar. Otro punto importante que encontramos es el tema de la humedad, muchos de lo microorganismos necesitan de una humedad determinada para poder crecer. Además los medios dependiendo de lo que tengamos que hacer crecer necesitaremos de unos componentes u otros.

Los diferentes componentes que se utilizan para hacer los medios de cultivo son muy variados.

2 Objetivos

Dar a conocer los diferentes tipos de medios de cultivo en microbiología.

3 Metodología

Para poder realizar este trabajo se ha llevado una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre una literatura ya existente. Se ha realizado consulta de artículos de principales bases de datos, como una búsqueda sistemática de libros, seleccionando de esta manera artículos científicos procedentes de publicaciones que han sido previamente revisadas.

4 Resultados

Hay una amplia gama de medios donde podemos sembrar nuestra muestra. Y dependiendo de las características del medio las podemos diferenciar de diferentes maneras, a continuación las diferenciaremos de esta manera:

Enriquecidos: son los medios que añadimos componentes que son necesarios para que el microorganismo pueda desarrollarse

Selectivos: nos concede el poder escoger que especie queremos que crezca en el medio

Diferenciales; dentro del mismo medio podemos observar que el crecimiento es diferente dentro del mismo medio

Medios mínimos: son aquellos que intentamos que tengan pocos nutrientes para que no crezcan en exceso.

Medios de conservación.

Medios de transporte.

Según el estado de los medios encontramos: líquidos: que son los llamados caldo, los más utilizados en laboratorio son: Caldo triptona, caldo tetratiónato (que es un caldo que nos interesa porque enriquece la salmonella), agua de peptona(que es un caldo que hace crecer a *Vibrio Cholerae*), caldo común semisólidos: que de entre ellos podemos encontrar la gelatina, y el agar agar sólidos: que son los medios que más se utilizan en el laboratorio de microbiología de los tres.

Agar nutritivo: es el que se suele utilizar en general y la colonias pequeñas se suelen distinguir mejor. la composición de este agar es de 0,3% extracto de carne, 0,5% de peptona, 1,5% de agar y un 0,5 % de NaCl y agua destilada.

Agar sangre: es una combinación de agar base al que se le añade un 5% de sangre ovina aunque en determinadas ocasiones también se podría utilizar sangre humana. Es un medio en el que se suelen sembrar todas las muestras que son sangre.

Agar chocolate : Es parecido al agar sangre pero en el que los glóbulos rojos se han lisado previamente para que al microorganismo le sea más fácil crecer. Una de las bacterias que suelen crecer bien en este medio es el *Haemophilus influenzae*, Agar MacConkey: la composición de este agar al que se le añade cristal violeta y sales biliares impiden el crecimiento de Gram positivos, de esta manera podemos aislar bacilos Gram negativos y enterobacterias.

Medio Cled: se suele utilizar en orinas, y sirve para diferenciar colonias fermentadoras de lactosa y colonias no fermentadoras de lactosa.

5 Discusión-Conclusión

Llegados a este punto vemos que es muy importante que una vez hecho el cultivo celular podamos ver las diferentes formas de crecer en unos medios u otros para así poder detectar que tipo de bacteria puede tener el paciente.

Y a simple vista podemos también detectar algún que otro microorganismo.

Ya que los medios de cultivo están planeados para poder estudiar también las diferentes características de los microorganismos como son la fisiología, el metabolismo, su morfología, la resistencia del microorganismo. De esta manera podemos entender como los microorganismos interactúan y de que manera pueden afectar al paciente, pudiendo llegar al diagnóstico de manera más certera y rápida.

6 Bibliografía

1. <https://www.ugr.es//medios%20de%20cultivo.pdf>.
2. https://viresa.com.mx/blog_tipos_medios_cultivo.

Capítulo 312

AMALGAMA DENTAL. PREPARACIÓN Y ELIMINACIÓN DE OBTURACIONES DE AMALGAMA

SHAILA MARIA FERNÁNDEZ QUIÑONES

1 Introducción

Las obturaciones o empastes existen desde hace mucho tiempo. Hasta el momento, las obturaciones más antiguas se encontraron en Pakistán ,hechas sobre molares, realizadas en un periodo de hace poco menos de 10.000 años.

En el siglo XIX se empleaban empastes metálicos ,ya fueran de oro, estaño, plata que se ablandaban y se introducían en el diente. La amalgama por aquel entonces consistía en una mezcla de estaño, plata, mercurio y cobre.

Se considera que, en 1819, el químico inglés Bell creo la obturación de amalgama con mercurio como material para obturación dental, aunque hay registros históricos que se remontan al siglo VII en Asia, que ofrecen datos sobre el uso de una pasta de plata con mercurio.

La utilización de de mercurio no estuvo exenta de polémica, ya que al principio se utilizaba una gran cantidad de este material, que podía filtrarse en el organismo y causar diferentes problemas de salud. Se han ido tomando precauciones para garantizar que los empastes de amalgama fueran seguros para los pacientes, aunque la controversia ha seguido hasta día de hoy.

Se ha ido reduciendo su uso con la introducción de resinas compuestas, principalmente por la estética del material. Y si bien los estudios demuestran la seguridad de las amalgamas actuales , aún hay gente que elige quitárselas , sin considerar los riesgos de eliminarlas, ya que así pueden aspirar partículas de amalgama.

Se considera que ha habido muchos intentos de desprestigio de la amalgama por parte de médicos y personal sanitario. En 1995, se realizó una encuesta ,cuyos resultados mostraron que el 8,7% de los odontólogos querían prohibir el uso de la amalgama y el 14,3% no estaban seguros acerca de su seguridad.

2 Objetivos

La intención en este trabajo es revisar la literatura acerca de las obturaciones de amalgama, considerar los peligros o ausencia de ellos tanto para los pacientes, personal de clínica y en el medio ambiente , y comentar el futuro de las amalgamas dentales.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con búsqueda de artículos en la base de datos de Scielo, Dialnet, Gaceta dental y Medline, empleando las palabras clave como descriptores , con el fin de encontrar la literatura más reciente.

Las palabras clave empleadas en la búsqueda bibliográfica son amalgama dental, mercurio, salud pública y ambiental.

4 Resultados

En la odontología , la amalgama de plata consiste en polvos de, principalmente , plata, estaño y cobre, que se mezclan con mercurio en una proporción de 1:1.

La amalgama está disponible en tres formas diferentes de aplicación ,independientemente de su composición:

- *Cápsulas para amalgamadores (dispositivos de mezcla)

- *Polvo para dispositivos de dosificación y mezcla (amalgamadores)

- *Tabletas para "dispersores" especiales (aparatos de dosificación)

La gran desventaja de los polvos y las pastillas es que hay que ocuparse del mercurio residual cuando se rellenan. Estos dispositivos de mezcla abiertos en los que se mezclan sin protección el mercurio y las virutas metálicas no deberían seguir utilizándose porque ponen en peligro la salud del trabajador debido a los vapores de mercurio que se producen. Sólo deben utilizarse amalgamas listas para su uso y preenvasadas en cápsulas de plástico. Ambas mitades están separadas por una membrana que se destruye durante el procedimiento de mezcla en el triturador.

El polvo metálico se mezcla completamente con el mercurio y es flexible al principio, pero pronto empezará a endurecerse.

Este proceso por el cual el mercurio reacciona con el polvo de aleación de metales se denomina trituración o malaxación.

La trituración puede hacerse a mano o ser mecánica.

Destacar que la trituración a mezcla manual, con un mortero y pistilo de cristal se encuentran prácticamente en desuso. La mezcla manual es un proceso relativamente lento y de escasa eficacia.

Los amalgamadores metálicos realizan la mezcla mediante una vibración rápida y uniforme.

Se fija una cápsula del tamaño necesario en el triturador. La fijación segura de la cápsula debe comprobarse antes de iniciar el procedimiento de mezcla. El tiempo de mezcla debe ajustarse de forma individual a cualquier dispositivo. Con frecuencia de 5 a 10 segundos. El tiempo de mezcla ideal dará como resultado una bola de amalgama plateada y brillante que se desprenderá de manera completa y limpia de la cubierta de la cápsula.

Se deben eliminar por separado los residuos de amalgama y las cápsulas de amalgama vacías en contenedores especiales. Estos contenedores contienen sales de fijación u otras sustancias químicas para retener los vapores de mercurio. Estos contenedores deben eliminarse de acuerdo con los requisitos legales, devolviéndolos al fabricante correspondiente. Deben respetarse las instrucciones locales/regionales para la eliminación de residuos.

Se puede eliminar restauraciones antiguas de amalgama lo cual se hace con turbina con irrigación, aspiración de alto volumen, evitando que se genere calor por la fricción del corte o que la "nube" que se genera se disperse. El espacio de trabajo debe ventilarse de manera repetida y regularmente.

Sin embargo, retirar las obturaciones de amalgama no es lo más recomendable. Teniendo en cuenta que la cavidad que se prepara para la amalgama debe de ser lo suficientemente retentiva, nos enfrentaríamos a una pérdida innecesaria de estructura dental al retirarla. Además, durante el proceso de eliminación, se liberará más vapor de mercurio.

Hay que tener en cuenta que la retirada puede dañar el diente, los datos sugieren entre el 30 y el 60% de los casos de retirada de amalgama acaban en endodoncia. La dificultad de retirar también consiste en tener que usar material específico, como un decantado y filtro, ya que no se puede permitir que el mercurio acabe en el agua para evitar la contaminación medio ambiental.

El objetivo principal es proteger la salud humana y el medio ambiente del mercurio y aplicar medidas de protección para eliminar la exposición al mercurio de

los profesionales como odontólogos, médicos y otros técnicos de la industria. Por eso, se considera que estamos en una fase de eliminación gradual de la amalgama dental.

Se considera que para el 2030 ,se dejará de usar la amalgama de plata como material de restauración dental.

Cabe destacar que la UE prohibió para el 2018 el uso de la amalgama para los niños menores de 15 años ,mujeres embarazadas y lactantes.

La ADA, la CDC, la FDA y la OMS concuerdan en la seguridad y la eficacia de la amalgama de plata como material de restauración dental. Sin embargo, existe la preocupación acerca de la contaminación por mercurio en el medio ambiente .

Teniendo en cuenta que el público en general no tiene conocimientos o tiene conocimientos escasos sobre cómo consultar literatura científica específica, es fácil que se realicen campañas de desprestigio de algunos compuestos y tratamientos , dado que el miedo se propaga con mucha rapidez.

En resumen y para concluir, no hay datos que demuestren sin lugar a duda que el mercurio que forma parte de las amalgamas encapsuladas sea tóxico para el ser humano , siempre y cuando la técnica , manipulación y revisiones eran correctas.

5 Discusión-Conclusión

Existe literatura tanto a favor como en contra de las amalgamas, si bien no existen datos que demuestren que el mercurio de las amalgamas sea tóxico para el ser humano, siempre y cuando la técnica, manipulación y revisiones sean las adecuadas, y los estudios que se demuestran contrarios suben mostrar errores de lógica y metodológicos.

Sin embargo , por su estética, la existencia de nuevos materiales de obturación y la iniciativas para la reducción del uso del mercurio, es bastante probable que estemos ante los últimos años del uso de la amalgama.

A pesar de todo , la amalgama ha sido un material que ha servido muy bien su propósito durante unos 200 años.

6 Bibliografía

1. Moradas Estrada, M. (2018). ¿Es necesario la remoción preventiva de las restauraciones de amalgama antigua en boca?. Fundamentos en su composición y manipulación (I). Avances en Odontoestomatología , 34(1), 25-35.

2. Moradas Estrada, M. (2018). ¿Es necesario la remoción preventiva de las restauraciones de amalgama antigua en boca?. Evidencia clínica y legislativa (II). *Avances en Odontoestomatología* , 34(1), 35-39.
3. Mutis Martha J., Pinzón J. C., Castro G. (2011). Las amalgamas dentales: ¿un problema de salud pública y ambiental? Revisión de la literatura. *Universitas Odontológica*, ISSN-e 2027-3444, Vol. 30, N°. 65, 2011, págs. 63-70.
4. Forrai, J. (2007). HISTORY OF AMALGAM IN DENTISTRY. *Rev. Clin. Pesq. Odontol.* 2007jan/abr;3(1):65-71.
5. Hacia un Plan Nacional de Reducción de Amalgama. (2020, 4 marzo) *Gaceta Dental* .
6. La Amalgama dental en la actualidad / Centro Universitario de Salud. (2016, 5 octubre).
7. Levine, J. (2017, 11 mayo). A History of Amalgam Fillings.
8. Pérez Ávila, M. (2017, 26 abril). La Unión Europea prohibirá los empastes de mercurio en 2018.

Capítulo 313

CANCER DE PRÓSTATA

MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA

FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO

ANA ISABEL PÉREZ EGEA

MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO

1 Introducción

La próstata es una glándula que se sitúa debajo de la vejiga urinaria, justo por delante del colon y rodeando la parte inicial de la uretra. El aspecto normal es similar a una castaña, su volumen se sitúa entre los 20 y 30 CC. Forma parte del aparato reproductor masculino junto con los testículos, escroto, pene y vesículas seminales. Ésta glándula tiene varias funciones;

- Producción de parte del líquido seminal que ayuda a proteger y nutrir a los espermatozoides.
- Forma parte del sistema muscular que bombea el líquido seminal al exterior.
- Contiene multitud de nervios responsables de la erección.
- Controla el flujo de orina durante la eyaculación.

La próstata está regulada por hormonas que son las responsables de las funciones anteriores, siendo la testosterona la hormona más importante, en ella recae el desarrollo / maduración de los órganos del sistema reproductor masculino que incluye la próstata.

A partir de los 50 años de edad la glándula comienza a estabilizar su tamaño y las hormonas a reducir sus funciones, es por ello que suelen aparecer síntomas

que denoten algún tipo de anomalía que derive en neoplasia maligna. Se observa que la mayor incidencia de sufrir cáncer de próstata se presenta a partir de los 70 años.

Actualmente existen sistemas de cribado para la detección del cáncer de próstata, debido a la gran incidencia que existe en nuestro país en los últimos años, siendo el cáncer de próstata la tercera causa de muerte en varones mayores de 50 años, por detrás del cáncer colorrectal y pulmón.

2 Objetivos

Conocer los efectos de la hormonoterapia en los pacientes con cáncer de próstata para decidir si implementar esta terapia como primer nivel a pacientes donde el resto de tratamientos no estén indicados.

3 Caso clínico

Varón de 72 años que acude en varias ocasiones al servicio de urgencias con síntomas de interrupción y dolor en la micción, cambio de coloración en la orina (hematuria), dolor abdomino/pélvico, etc... se deriva al servicio de urología para examen completo. Se realizan multitud de pruebas diagnósticas, pero fue finalmente a través de una biopsia con aguja gruesa (BAG) y con una tomografía computarizada esquelética en la cual se observa que presenta varias manchas a lo largo de la glándula prostática, dicho estudio se amplía al resto del organismo y se observan varias metástasis óseas.

En los meses posteriores se decide realizar una resección transuretral de la próstata, de la cual se observa que el material estaba compuesto por elementos histológicos correspondientes a un adenocarcinoma. Finalmente se diagnostica un adenocarcinoma de próstata, el cual se decide tratar al paciente con hormonoterapia debido al efecto precursor que las hormonas (andrógenos) tienen sobre las células de la próstata, permitiendo así la manipulación terapéutica de las hormonas del paciente. Como contraprestación el paciente no se mostraba receptivo a la hora de recibir éste tipo de terapia. En una primera instancia por el desconocimiento del proceso, por la administración de la terapia y por la irreversibilidad del procedimiento.

La ablación química con agonistas LH-RH es el tratamiento que se eligió para este paciente, debido a la comodidad de su administración (depot) y la reversibilidad de la supresión hormonal. Los antiandrógenos bloquean el receptor de an-

drógenos impidiendo la unión y disminuyendo la estimulación hormonal y la proliferación tumoral.

El paciente recibió varios meses de este tratamiento el cual no fue suficiente para frenar el avance del adenocarcinoma unido a la diseminación de las células tumorales que ya habían viajado hasta el tejido óseo, lo que produjo el fallecimiento del paciente dos meses después de finalizar la terapia hormonal.

4 Discusión-Conclusión

La principal herramienta de prevención es el cribado con pruebas de diagnóstico en la población menor de 50 años, de tal manera que los pacientes que tengan o no predisposición genética se pueda detectar la enfermedad desde su estadio más inicial.

Una vez detectado el estadio del cáncer se procede a la selección del tratamiento más adecuado para cada caso, como la quimioterapia, radioterapia, cirugía, fármacos para reducir los síntomas de la enfermedad y la hormonoterapia, ésta última se administra a los pacientes con mayor facilidad, es menos agresiva, ofrece como ventaja con respecto a las demás que reduce los síntomas postratamientos (caída del cabello, náuseas, vómitos, cansancio, sangrados, anemia, pérdida de apetito...)

Seleccionando la administración correcta a cada caso puede ser más efectiva que los tratamientos anteriormente descritos, no obstante existe un largo camino por recorrer en el campo de la aplicación hormonal. Actualmente en España existen varias líneas de investigación que buscan el perfeccionamiento de la hormonoterapia en pacientes afectados por el cáncer de próstata.

5 Bibliografía

1. Collard RL, Harya NS, Monzon FA, Maier CE, O'Keefe DS. Methylation of the ASC gene promoter is associated with aggressive prostate cancer. Prostate [Internet]. 2006 [citado el 3 de septiembre de 2023];66(7):687–95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16425203/>
2. Martín-Aragón S, Bermejo-Bescós P. Inmunoterapia y tratamiento oncológico. Una estrategia prometedora. Offarm [Internet]. 2011 [citado el 3 de septiembre de 2023];30(5):53–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-inmunoterapia-tratamiento-oncologico-una-estrategia-X0212047X1127661X?referer=buscador>

3. Cáncer de próstata - Estadios y grados [Internet]. Cancer.net. 2012 [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata/estadios-y-grados>
4. Tratamiento del cáncer de próstata [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2023 [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/prostata/paciente/tratamiento-prostata-pdq>

Capítulo 314

LA COMUNICACIÓN. IMPORTANCIA EN LA ODONTOLOGÍA ACTUAL

SHAILA MARIA FERNÁNDEZ QUIÑONES

1 Introducción

La comunicación es un proceso que consiste en enviar y recibir información entre personas. Muchas personas creen que la comunicación es tan esencial para nosotros como respirar. No es en vano, ya que la comunicación facilita la difusión de conocimientos y forma relaciones entre las personas.

Además, la comunicación es la base de toda relación humana. La comunicación ayuda a las personas a expresar sus ideas y sentimientos, y al mismo tiempo nos ayuda a entender las emociones y pensamientos de los demás. Como resultado, desarrollaremos afecto o sentimientos negativos hacia otras personas, y se crearán relaciones positivas o negativas.

No hay duda de que la comunicación juega un papel vital en la vida humana. No sólo ayuda a facilitar el proceso de intercambio de información y conocimientos, sino que también ayuda a las personas a desarrollar relaciones con los demás. Todos los días nos comunicamos con muchas personas, ya sean familiares, amigos, compañeros de trabajo, clientes o pacientes en el caso de los profesionales de la salud. Por tanto, es vital aprender a comunicarnos de manera efectiva.

Los estudios indican que hay fuertes relaciones positivas entre las habilidades de comunicación de un profesional de la salud y la capacidad del paciente para seguir las recomendaciones médicas o adoptar conductas de salud preventiva. Los estudios realizados durante las últimas décadas muestran que la capacidad del profesional de la salud para explicar, escuchar y sentir empatía puede tener un profundo efecto en los resultados de la salud biológica y funcional, así como

en la satisfacción del paciente, de lo que se puede deducir el impacto que tiene la comunicación en la vida clínica diaria.

La comunicación es el proceso de transmisión y recepción de ideas, información y mensajes.

Etimológicamente, la palabra “comunicación” proviene del latín *communicatio*, *communicatiōnis*, que, a su vez, deriva del verbo *communicare*, que significa compartir, intercambiar algo, poner en común.

A su vez, el verbo *communicare* está relacionado con *commūnis*, que se refiere a lo común o lo público.

Por lo tanto, etimológicamente, el significado de fondo de la palabra comunicación se basa en el principio de compartir nuestras ideas con otros.

La comunicación es la acción de compartir con los demás lo que pensamos, creemos o sentimos y de transmitir o difundir informaciones o mensajes para hacerlos parte del conocimiento de los demás.

Prácticamente todas las especies animales tienen la capacidad de comunicarse de una manera o de otra, pero la comunicación humana se distingue por su complejidad. La comunicación entre los otros animales suele hacer referencia a necesidades fisiológicas.

Se cree que la aparición del lenguaje fue una de las características que más influyeron en la evolución de nuestra especie. Gracias a la aparición del lenguaje, habríamos dejado de ser una especie más para convertirnos en una capaz de transformar nuestro entorno. Si bien es difícil señalar el punto exacto del cambio de la comunicación basada en gestos y gruñidos, el aumento del volumen del cerebro y de las zonas asociadas al habla ha permitido inferir posibles transiciones en el grado de complejidad del lenguaje.

Existe y ha existido un enorme número de diferentes idiomas. Es casi imposible establecer con precisión el número de lenguas que se hablan en el mundo, pero estima que en la actualidad son unas 7000, de las que solo 600 cuentan con más de 100 000 hablantes. A pesar de que las lenguas del mundo exhiben importantes diferencias léxicas y gramaticales, todas ellas parecen compartir unos patrones de organización universales y leyes estadísticas comunes.

La comunicación es un proceso interpersonal en el que los participantes expresan algo de sí mismos, a través de signos verbales, no verbales y paraverbales, con la intención de influir en la conducta del otro.

El proceso de comunicación sirve para poder realizar un adecuado intercambio de datos entre las personas, para poder enviar un determinado mensaje y que éste sea bien interpretado. Sirve para poder desarrollar más profundamente nuestro pensamiento, que es, dentro del proceso comunicativo, la parte más importante.

Para que la comunicación tenga éxito, ambas partes del proceso comunicativo deberán poder intercambiar la información de manera que puedan entenderse entre las mismas. Si el flujo de información se interrumpe o bloquea o si las partes no pueden hacerse entender, se considera que la comunicación falla.

En todo proceso comunicativo se dispone de una serie de elementos comunes.

Emisor

El proceso comunicativo comienza con el emisor. Es la fuente de la información. El emisor tiene algún tipo de información, ya sea una orden, petición, pregunta o idea, que quiere presentar a los demás. Para que ese mensaje sea recibido, el emisor deberá codificar el mensaje en una forma que pueda ser comprendido, como, por ejemplo, mediante el uso de un lenguaje común, y luego transmitirlo.

Receptor

La persona a la que se dirige un mensaje se llama el receptor. Es el destinatario de la información. Para comprender la información del emisor, el receptor deberá ser capaz de recibir la información del emisor y luego decodificarla o interpretarla.

Mensaje

El mensaje es la información que el emisor quiere transmitir al receptor. El subtexto adicional puede ser transmitido a través del lenguaje corporal y el tono de voz, es decir, lenguaje no verbal y lenguaje paraverbal. Estos primeros tres elementos, el emisor, receptor y mensaje, forman el proceso de comunicación en su forma más básica.

Código

Es el sistema de signos y reglas de combinación de estos con que se codifica el mensaje y que sirve para transmitir una información según un sistema simbólico comprensible o descifrable para el emisor y el receptor, quienes deben compartir un grado similar de conocimiento del mismo para que la transmisión tenga éxito. Por tanto, este código puede ser verbal y no verbal.

Medio

También llamado canal, el medio es el modo en que se transmite un mensaje.

Retroalimentación o feedback

El proceso de comunicación llega a su punto final cuando el mensaje ha sido transmitido, recibido y comprendido con éxito. El receptor, a su vez, responde al emisor, indicándole que lo ha comprendido. La respuesta puede ser directa, como una respuesta escrita o verbal, o puede adoptar la forma de una acción indirecta.

Contexto

El contexto es el escenario y la situación en la que la comunicación tiene lugar. Por ejemplo, en una conversación privada con un amigo de confianza, se compartiría más información personal que en una conversación con un compañero

de trabajo.

Ruido

Puede ser cualquier tipo de interferencia que afecte al mensaje que se está enviando, recibiendo o interpretando.

2 Objetivos

- Dar a conocer qué es la comunicación y su importancia.
- Explicar los tipos de comunicación, así como los todos los factores que favorecen y dificultan la comunicación en odontología.

3 Metodología

Para la documentación y realización de este artículo se realizó una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos electrónicas: Gaceta dental, Pubmed, Scielo, así como en artículos de diferentes revistas de investigación.

Se han utilizado palabras clave para la búsqueda bibliográfica como: Lenguaje, Comunicación verbal y no verbal, Comunicación en odontología, Atención odontológica.

4 Resultados

En los campos de sanitarios, incluyendo la odontología, es esencial saber manejar la comunicación de manera adecuada para entablar buenas relaciones con los pacientes.

Se suele hacer poco hincapié en la expresividad no verbal del personal clínico. Algunos de los comportamientos no verbales comprenden la expresión de empatía, atención y cordialidad. La clave para atención médica exitosa es la comunicación entre paciente y médico. Antes, el personal clínico se basaba sólo en la información innata que podía obtener del paciente. En odontología, los requisitos previos para una buena praxis no son sólo buenos conocimientos y habilidades técnicas, sino también una relación interpersonal efectiva con el paciente.

La relación interpersonal efectiva entre un paciente y un profesional sanitario es importante en todos los sistemas de salud. Es un componente fundamental para lograr la alfabetización sanitaria de los pacientes. La alfabetización sanitaria se define como "el grado en que las personas tienen la capacidad de obtener, proce-

sar y comprender la información y los servicios sanitarios básicos para tomar decisiones adecuadas en materia de salud”.

El encuentro inicial entre el dentista y el paciente forma un marco para la relación interpersonal. No sólo comprende al dentista, sino también a los demás miembros del personal de la clínica. Un buen marco interpersonal ayuda al paciente a comunicar sus problemas de manera efectiva y ayuda al dentista a entenderlos correctamente.

Un cuidado médico completo no sólo consiste en encontrar el problema y arreglarlo, sino también en las habilidades de comunicación básicas y más vitales como comprometerse, empatizar, educar y participar. Involucrar al paciente educándolo sobre su problema y recurrir a diferentes modalidades de tratamiento ayuda al paciente en la toma de decisiones. Involucrar al paciente en la toma de decisiones le da una sensación de comodidad en relación con el plan de tratamiento. Empatizar con lo que el paciente está pasando (por ejemplo, una fobia dental grave) crea una buena relación y reduce la ansiedad del paciente.

Otra parte crucial de la comunicación es el uso de las habilidades sociales. Las habilidades para comunicarse, liderar, pensar creativamente se llaman habilidades interpersonales. La confianza, el optimismo, la amabilidad, la profesionalidad y la coordinación de un individuo aumentan en mayor medida con las habilidades interpersonales. La consulta dental requiere el uso de conocimientos, eficiencia clínica, experiencia junto con habilidades interpersonales para lograr el éxito y el crecimiento dinámico.

Existen barreras en la comunicación en la odontología. Las barreras relativas a la aceptación de la atención dental se encuentran generalmente en un marco que se refleja en la relación dentista-paciente. La falta de comprensión de la explicación de un problema por parte del paciente, la obtención de una historia médica incompleta y el consentimiento informado debido a una comunicación inadecuada pueden poner al paciente en situación de riesgo y restringir sus opciones de tratamiento. Se ha insistido en que la ansiedad dental es una de las barreras más imperiosas en una clínica dental. Un paciente ansioso tiene dificultades para comunicar sus problemas con claridad y se muestra muy aprensivo en relación con el plan de tratamiento.

La comunicación efectiva entre el médico y el paciente debe ser enfatizada y aprendida como ciencia y arte. Esto aumenta la satisfacción del paciente. La capacitación en técnicas de comunicación puede ser beneficiosa para mejorar el alcance de la educación dental, ayudando a los futuros profesionales a responder y comprender mejor las necesidades de los pacientes.

Atención en la infancia

Aunque la mayoría de los niños son buenos pacientes, su comportamiento es muy variable en la consulta, pudiendo observarse manifestaciones diferentes, como comportamientos agresivos, histéricos, temerosos o aprensivos.

Por esta razón, en la atención del niño no existen dos casos similares, cada paciente constituye una singularidad, puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud del paciente, las condiciones socioculturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño en particular.

Para el profesional de la odontología debe ser de vital importancia la primera visita del paciente. Debe tratar de que el niño tenga una experiencia satisfactoria para que esta no se convierta más tarde en miedo, que pueda dar origen a futuras fobias.

Atención en la adolescencia

La odontología centrada en el adolescente requiere algo más que conocimientos técnico-científicos, ya que, como se ha expresado anteriormente, se trata de un individuo en el que están ocurriendo intensas modificaciones biológicas, psicológicas y sociales, lo que exige salud mental y enorme estabilidad emocional por parte del odontólogo. Es común que médicos jóvenes se identifiquen excesivamente con el paciente adolescente, y que profesionales de mayor edad analicen el conflicto en la perspectiva de padres. En algunos casos, profesionales que tienen vivencias conflictivas con sus hijos adolescentes, acostumbran a lidiar con los pacientes adolescentes como si fuesen sus propios hijos. Para el adecuado abordaje psicológico del adolescente, es necesario que el profesional conozca las características de esta etapa del desarrollo, sumado a una motivación especial para su atención.

Atención en los pacientes ancianos

El odontólogo debe esperar, progresivamente, un mayor auge de personas mayores de 65 años en las consultas y para tal deberá tener presentes las características que aseguren una buena atención dental. El gabinete dental tendrá un ambiente tranquilo, la sala de espera dispondrá en su mobiliario de sillas capacitadas para recibir ancianos (asientos algo más elevados, con apoyabrazos y tacos de goma en patas para evitar deslizamientos). Los aseos estarán señalizados y en el pasillo sería deseable poder contar con pasamanos. A poder ser, se eliminarán alfombras y el equipo dental tendrá un fácil acceso con cabeza móvil y adaptable a la cabeza del paciente. La escupidera será, también, móvil por las limitaciones en la rotación troncular y rigidez osteoarticular tan frecuentes entre estos pacientes.

Atención en los pacientes con discapacidad

En el caso de los pacientes con algún tipo de discapacidad, debido a que la higiene bucal es deficiente, por las alteraciones físicas y/o psíquicas que impiden realizar un cepillado eficiente, a las dietas que suelen ser blandas y pegajosas, a la ingesta de fármacos y a las pocas visitas de control odontológico, la incidencia de caries, enfermedad periodontal y maloclusiones es mayor que en el resto de la población. Es importante cambiar los paradigmas de la odontología actual y tener una capacitación adecuada que permita la salud bucodental de estos pacientes.

También hay que tener en cuenta que habrá diferencias en el trato a los pacientes discapacitados físicos y en los discapacitados psíquicos.

El odontólogo debe disponer de tiempo suficiente para hablar con el paciente, siempre teniendo en cuenta que, dependiendo del grado de discapacidad, también tendrá que explicar cualquier tipo de tratamiento a los padres o tutores legales.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación es parte vital de nuestro día a día, y es igual de importante, incluso a veces más, en la clínica dental. Teniendo en cuenta que muchos pacientes tienen miedo a ir al dentista de por sí, hay que añadir a ese hecho que hay pacientes como los niños o los discapacitados que pueden traumatizarse seriamente si sus primeras visitas no resultan positivas.

Es muy importante que el odontólogo y el resto del personal de la clínica dental tenga desarrolladas las habilidades interpersonales, ya que la interacción con los pacientes es una constante diaria. También es interesante que conozcan las diferentes técnicas de manejo de diferentes grupos de pacientes, sobre todo pacientes con necesidades especiales.

La buena comunicación entre el paciente y el dentista ayuda a forjar una relación y hace que el paciente se sienta cómodo para poder comunicarse con libertad y entienda todas las opciones de tratamiento. Un buen profesional escucha las preocupaciones del paciente y le explica las diferentes opciones de tratamiento disponibles y le ayuda a tomar una decisión. Esto hace que el paciente se sienta cómodo y preparado para los procedimientos posteriores. Por lo tanto, es la comunicación efectiva lo que hace que el paciente vuelva a la consulta.

6 Bibliografía

1. Syeda Aafia Fathima. Communication – An Effective and Efficient Tool in Dentistry. *Acta Scientific Dental Sciences* 3.8 (2019): 74-76.

2. Coelho, F. (2018, 15 de febrero). Etimología de comunicación. Recuperado el 27 de mayo de 2020, de <https://www.diccionariodedudas.com/etimologia-de-comunicacion/>.
3. Lenguaje, redes y evolución. (s. f.). Recuperado el 27 de mayo de 2020, de <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/investigacion-y-ciencia/evolucion-del-lenguaje-574/lenguaje-redes-y-evolucion-11052>.
4. Señala, gruñe y habla. (s. f.). Recuperado el 27 de mayo de 2020, de <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/investigacion-y-ciencia/estamos-solos-722/seala-grue-y-habla-15871>.
5. ¿Cuántos idiomas hay en el mundo? (2020, 26 de mayo). Recuperado el 28 de mayo de 2020, de <https://www.mosalingua.com/es/cuantos-idiomasyhay-en-el-mundo/>.
- Learn the Basic Elements of the Communication Process. (2020, 6 de abril). Recuperado el 28 de mayo de 2020, de <https://www.thoughtco.com/what-is-communication-process-1689767>
- Menéndez, M. (2018, 28 de junio). Diferencias entre comunicación verbal y no verbal. Recuperado el 29 de mayo de 2020, de <https://www.psicologia-online.com/diferencias-entre-comunicacion-verbal-y-no-verbal-3922.html>
- Comunicación verbal, no verbal y paraverbal. (s. f.). Recuperado el 29 de mayo de 2020, de <https://cutt.ly/VyLTWL1>
- Briceño, G., V. (2018, 2 de agosto). Proceso comunicativo. Recuperado el 29 de mayo de 2020, de <https://www.euston96.com/proceso-comunicativo/>
- ¿Qué es Comunicación? » Su Definición y Significado. (2019, 22 de noviembre). Recuperado el 29 de mayo de 2020, de <https://conceptodefinicion.de/comunicacion/>
- Capítulo 4. La evolución de la comunicación » Todo va a cambiar. (s. f.). Recuperado el 28 de mayo de 2020, de <https://www.todovaacambiar.com/capitulo-4-la-evolucion-de-la-comunicacion>
- Rodríguez González, M. A. (s. f.). Lenguaje de signos. Recuperado el 30 de mayo de 2020, de http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/lenguaje-de-signos--0/html/ffbeaf86-82b1-11df-acc7-002185ce6064_5.html
- Trinidad, M. U. (2019, 30 de enero). Decálogo para una buena comunicación con el paciente. Recuperado el 30 de mayo de 2020, de <https://gacetadental.com/2014/03/decalogo-para-una-buena-comunicacion-con-el-paciente-47916/>
- Impact of Communication in Healthcare | Institute for Healthcare Communication. (s. f.). Recuperado el 27 de mayo de 2020, de <https://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>
- Medina, J. P. (1998). Adaptación del niño a la consulta odontológica. Acta odon-

tológica venezolana, Volumen 36, No. 2, Año 1998. Recuperado el 30 de mayo de 2020, de <https://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/art-4/>

-Cançado Figueiredo, M., Demetrio Faustino-Silva, D., Lansing Faneze, J., Gass, E., Valença Correia, K., da Silva, L. (2010). El papel del odontólogo como facilitador de la relación con el paciente adolescente: una revisión de literatura. *Odontoestomatología*, 12(14), 15-28. Recuperado el 30 de mayo de 2020, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392010000100003&lng=es&tlng=es

-Marchena Rodríguez, L., Fernández Ortega, C. M^a. (2015). Atención odontológica a pacientes discapacitados. *Revista Europea de Odontoestomatología*. Recuperado el 30 de mayo de 2020, de <http://www.redoe.com/ver.php?id=219>

Capítulo 315

ANTÍGENO CRIPTOCOCICO COMO MARCADOR PARA EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA CRIPTOCOCOSIS

LORETO GARCIA RODRIGUEZ

MARIAM BLANCO NOVILLO

LAURA HERNÁNDEZ LOZANO

TAMARA HERRERO VALERO

1 Introducción

El *Cryptococcus neoformans* es un hongo oportunista que se encuentra en todo el mundo y que puede causar infecciones graves en individuos con sistemas inmunitarios comprometidos. La criptococosis, la enfermedad provocada por este hongo, es una infección micótica sistémica que afecta principalmente al sistema nervioso central, aunque también puede diseminarse a otros órganos. La detección y diagnóstico precisos son cruciales para el tratamiento oportuno y efectivo de la criptococosis, y en este contexto, el Antígeno Criptocócico desempeña un papel fundamental.

El Antígeno Criptocócico es una proteína específica presente en la cápsula del *Cryptococcus neoformans*, y su detección en suero o líquido cefalorraquídeo es un marcador clave para el diagnóstico y seguimiento de la criptococosis. En este

capítulo, exploraremos en profundidad el Antígeno Criptocócico, desde su estructura y propiedades hasta su importancia clínica y las técnicas utilizadas en su detección. Además, analizaremos su relevancia en la atención médica contemporánea, especialmente en el contexto de pacientes inmunocomprometidos.

A medida que avanzamos en este capítulo, descubriremos cómo la identificación precisa del Antígeno Criptocócico se ha convertido en una herramienta esencial en la lucha contra la criptococosis, mejorando la capacidad de los profesionales de la salud para diagnosticar y tratar eficazmente esta infección fúngica potencialmente mortal.

2 Objetivos

- Investigar la estructura y propiedades del *Cryptococcus neoformans*, incluida la importancia de su cápsula y la presencia del Antígeno Criptocócico.
- Analizar la criptococosis como una infección micótica oportunista, especialmente en individuos inmunocomprometidos.
- Describir las características del Antígeno Criptocócico, su papel en la cápsula del *Cryptococcus neoformans* y su relevancia en la detección de la infección.

3 Metodología

1. Recopilación de Información Bibliográfica

El primer paso en la creación de este capítulo implica llevar a cabo una extensa búsqueda de información bibliográfica relacionada con el Antígeno Criptocócico y su importancia en la criptococosis. Esto incluirá la revisión de estudios científicos, investigaciones, revisiones de literatura y guías clínicas publicadas en bases de datos médicas y científicas confiables.

2. Análisis de la Biología de *Cryptococcus neoformans*

Se llevará a cabo un análisis detallado de la biología del *Cryptococcus neoformans*, centrándose en la estructura y la función de la cápsula fúngica y la presencia del Antígeno Criptocócico. Esto incluirá la revisión de estudios que describen la composición y las propiedades del antígeno.

3. Revisión de Métodos de Detección

Se investigarán y analizarán los métodos y técnicas de laboratorio utilizados para la detección del Antígeno Criptocócico. Esto incluirá la revisión de estudios que

describen pruebas de aglutinación, ensayos ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) y otras técnicas, así como la comparación de su sensibilidad y especificidad.

4. Estudio de Casos Clínicos y Epidemiológicos

Se examinarán estudios de casos clínicos y datos epidemiológicos relacionados con la criptococosis y el Antígeno Criptocócico. Esto permitirá evaluar la importancia clínica del antígeno en el diagnóstico temprano y el seguimiento de la enfermedad.

5. Abordaje de Desafíos y Limitaciones

Se identificarán y analizarán los desafíos y las limitaciones asociados con la detección del Antígeno Criptocócico, como la variabilidad en los resultados y las consideraciones clínicas. Esto se basará en la revisión de la literatura científica y las experiencias clínicas documentadas.

6. Evaluación de Impacto en la Atención Médica

Se destacará el impacto que la detección precisa del Antígeno Criptocócico ha tenido en la atención médica y la toma de decisiones clínicas, especialmente en pacientes con criptococosis. Esto se basará en estudios y testimonios de profesionales de la salud.

7. Estructuración y Escritura del Capítulo

Con base en la información recopilada y el análisis realizado, se estructurará y escribirá el capítulo de acuerdo con los objetivos previamente definidos. Se asegurará la coherencia y la fluidez en la presentación de la información.

8. Revisión y Edición

El capítulo se revisará y editará cuidadosamente para garantizar la precisión, la claridad y la coherencia en la presentación de la información.

4 Resultados

-Características del Antígeno Criptocócico: Descripción detallada de la estructura y las propiedades del Antígeno Criptocócico presente en la cápsula del *Cryptococcus neoformans*.

-Métodos de Detección: Resumen de los métodos y técnicas utilizados para detectar el Antígeno Criptocócico en muestras clínicas, incluyendo pruebas de aglutinación, ensayos ELISA y otros enfoques.

-Importancia Clínica: Evaluación de la relevancia clínica del Antígeno Criptocócico en el diagnóstico temprano y el seguimiento de la criptococosis en pacientes inmunocomprometidos.

-Impacto en la Atención Médica: Destacar cómo la detección precisa del Antígeno Criptocócico ha mejorado la atención médica al permitir diagnósticos más rápidos y el inicio oportuno del tratamiento en pacientes con criptococosis.

-Desafíos y Limitaciones: Identificación y análisis de los desafíos y limitaciones asociados con la detección del Antígeno Criptocócico, como la variabilidad en los resultados y las consideraciones clínicas.

-Casos Clínicos y Epidemiología: Presentación de estudios de casos clínicos y datos epidemiológicos relevantes que respalden la importancia del Antígeno Criptocócico en la práctica médica.

-Perspectivas Futuras: Exploración de las perspectivas futuras en la investigación y el desarrollo de métodos de detección más avanzados relacionados con el Antígeno Criptocócico.

-Consideraciones Éticas y de Calidad: Discusión de las consideraciones éticas y de calidad en la detección del Antígeno Criptocócico, incluyendo la importancia del control de calidad y las normativas regulatorias.

- Características del Antígeno Criptocócico:

El Antígeno Criptocócico es una proteína específica presente en la cápsula del *Cryptococcus neoformans*. Su estructura se caracteriza por ser una glucoproteína, y su presencia en la cápsula contribuye a la virulencia del hongo.

- Métodos de Detección:

Se han desarrollado varios métodos de detección del Antígeno Criptocócico, entre ellos, pruebas de aglutinación, ensayos ELISA y técnicas de PCR. Estas pruebas permiten la detección del antígeno en muestras de suero o líquido cefalorraquídeo, facilitando el diagnóstico de la criptococosis.

- Importancia Clínica:

El Antígeno Criptocócico es esencial en el diagnóstico temprano de la criptococosis, especialmente en pacientes inmunocomprometidos, como aquellos con VIH/SIDA. La detección precoz permite un tratamiento oportuno y mejora la supervivencia.

- **Impacto en la Atención Médica:**

La disponibilidad de pruebas de detección de Antígeno Criptocócico ha mejorado significativamente la atención médica al reducir el tiempo necesario para el diagnóstico y permitir el inicio temprano del tratamiento antifúngico, lo que disminuye la mortalidad asociada con la criptococosis.

- **Desafíos y Limitaciones:**

Los desafíos incluyen la variabilidad de resultados en función de la técnica utilizada y la posible interferencia en muestras con altas concentraciones de otros antígenos. Además, las consideraciones clínicas, como la interpretación de resultados en pacientes con enfermedades concomitantes, deben abordarse cuidadosamente.

- **Casos Clínicos y Epidemiología:**

Se han documentado numerosos casos clínicos que destacan la importancia del Antígeno Criptocócico en el diagnóstico y seguimiento de la criptococosis. Además, la recopilación de datos epidemiológicos respalda su relevancia en poblaciones específicas.

- **Perspectivas Futuras:**

Se prevé que la investigación continúe mejorando las técnicas de detección y la disponibilidad de pruebas más rápidas y precisas para el Antígeno Criptocócico, lo que permitirá un diagnóstico aún más eficaz y un seguimiento más preciso de la enfermedad.

- **Consideraciones Éticas y de Calidad:**

La detección del Antígeno Criptocócico implica consideraciones éticas, como la confidencialidad de los resultados y la importancia de garantizar un control de calidad riguroso para evitar resultados erróneos.

5 Discusión-Conclusión

El Antígeno Criptocócico, una proteína específica presente en la cápsula del *Cryptococcus neoformans*, ha demostrado ser una herramienta esencial en el diagnóstico y el manejo de la criptococosis. A partir de la revisión exhaustiva de la literatura científica y médica, así como de la consideración de casos clínicos y epidemiológicos, se pueden extraer las siguientes conclusiones clave:

☒ **Importancia Clínica Crucial:** El Antígeno Criptocócico desempeña un papel cru-

cial en el diagnóstico temprano de la criptococosis, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. Su detección rápida permite un tratamiento oportuno, lo que mejora significativamente las tasas de supervivencia.

☒ Mejora Significativa de la Atención Médica: La disponibilidad de pruebas de detección de Antígeno Criptocócico ha transformado la atención médica al reducir el tiempo necesario para el diagnóstico, lo que es especialmente relevante en regiones con alta prevalencia de criptococosis.

☒ Desafíos Técnicos y Clínicos: A pesar de su eficacia, la detección del Antígeno Criptocócico presenta desafíos técnicos, como la variabilidad de resultados, y consideraciones clínicas, como la interpretación de resultados en pacientes con comorbilidades. Estos desafíos deben abordarse de manera rigurosa.

☒ Perspectivas Futuras Prometedoras: La investigación continua en el campo de la criptococosis y las técnicas de detección sugieren perspectivas futuras prometedoras. Se esperan avances que conduzcan a pruebas más rápidas y precisas, lo que mejorará aún más la atención médica.

☒ Consideraciones Éticas y de Calidad: La detección del Antígeno Criptocócico conlleva consideraciones éticas, como la confidencialidad de los resultados y la importancia de mantener un control de calidad riguroso para garantizar resultados precisos y confiables.

En resumen, el Antígeno Criptocócico ha demostrado ser una herramienta esencial en la detección y el diagnóstico de la criptococosis, lo que ha mejorado significativamente la atención médica y la supervivencia de los pacientes. Sin embargo, se deben abordar desafíos técnicos y clínicos, y se espera que la investigación futura continúe mejorando las técnicas de detección y la comprensión de esta enfermedad micótica. Su relevancia clínica y epidemiológica sigue siendo innegable, especialmente en poblaciones vulnerables.

6 Bibliografía

1-Perfect JR. Cryptococcosis: a model for the understanding of infectious diseases. J Clin Invest. 2014;124(5):1893-1895.

2-Dromer F, Mathoulin S, Dupont B, Laporte A. Epidemiology of Cryptococcus neoformans in France: A 9-year survey (1985-1993). French Cryptococcosis Study Group. Clin Infect Dis. 1996;23(1):82-90.

- 3-Bicanic T, Harrison TS. Cryptococcal meningitis. *Br Med Bull*. 2005;72:99-118.
- 4-Kozel TR, Bauman SK. CrAg lateral flow assay for cryptococcosis. *Expert Opin Med Diagn*. 2012;6(3):245-251.
- 5-Boulware DR, Rolfes MA, Rajasingham R, von Hohenberg M, Qin Z, Taseera K, et al. Multisite validation of cryptococcal antigen lateral flow assay and quantification by laser thermal contrast. *Emerg Infect Dis*. 2014;20(1):45-53.
- 6-French N, Gray K, Watera C, Nakiyingi J, Lugada E, Moore M, et al. Cryptococcal infection in a cohort of HIV-1-infected Ugandan adults. *AIDS*. 2002;16(7):1031-1038.
- 7-World Health Organization. Guidelines for the diagnosis, prevention and management of cryptococcal disease in HIV-infected adults, adolescents and children. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018.
- 8-Jarvis JN, Harrison TS. Pulmonary cryptococcosis. *Semin Respir Crit Care Med*. 2008;29(2):141-150.
- 9-Bicanic T, Jarvis J, Loyse A, Jackson A, Muzoora C, Wilson D, et al. Determinants of acute outcome and long-term survival in HIV-associated cryptococcal meningitis: Results from a combined cohort of 523 patients. *PLoS One*. 2015;10(4):e0120150.
- 10-World Health Organization. Guidelines for the treatment, prevention and management of cryptococcal disease in HIV-infected adults, adolescents and children. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018.

Capítulo 316

PRUEBA DE PCR PARA LA DETECCIÓN DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA

LORETO GARCIA RODRIGUEZ

LAURA HERNÁNDEZ LOZANO

TAMARA HERRERO VALERO

MARIAM BLANCO NOVILLO

1 Introducción

En el mundo de la medicina y la microbiología, la resistencia a los antibióticos es uno de los desafíos más apremiantes de nuestro tiempo. Entre los patógenos resistentes que amenazan la salud pública, *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina, o MRSA por sus siglas en inglés (Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*), ha emergido como una preocupación particular. Esta bacteria, una variante de *Staphylococcus aureus* que se ha vuelto inmune a los efectos de los antibióticos betalactámicos, ha causado infecciones graves y, en algunos casos, fatales, en todo el mundo.

La detección temprana y precisa de MRSA es esencial tanto para el diagnóstico y tratamiento clínico como para la prevención de la propagación en entornos hospitalarios. Es aquí donde entra en juego la Prueba de PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa). Esta técnica molecular ha revolucionado la manera en que abor-

damos la detección de MRSA y se ha convertido en un componente crucial de la atención médica moderna.

Este capítulo tiene como objetivo explorar en profundidad la aplicación de la PCR en la detección de MRSA. Comenzaremos por analizar los principios fundamentales de la PCR y cómo se aplica específicamente en la búsqueda de genes relacionados con la resistencia a la metilicina. Luego, examinaremos las diversas aplicaciones clínicas de esta técnica, incluido su papel en el diagnóstico, la prevención de infecciones nosocomiales y la vigilancia epidemiológica.

Sin embargo, como cualquier herramienta, la PCR no está exenta de desafíos y consideraciones que deben abordarse cuidadosamente. Discutiremos las limitaciones y obstáculos asociados con esta técnica, como la sensibilidad y especificidad, los costos y recursos necesarios, y la interpretación de resultados.

En última instancia, este capítulo pretende arrojar luz sobre la importancia de la prueba de PCR en la detección de MRSA y su papel en la lucha contra la resistencia a los antibióticos. Con un enfoque en su aplicabilidad clínica y sus desafíos, esperamos proporcionar una visión completa de esta técnica esencial en la atención médica contemporánea.

2 Objetivos

- Presentar la PCR como una técnica molecular esencial en la detección de MRSA y destacar su relevancia en el campo de la microbiología clínica.
- Profundizar en los principios y la tecnología que sustentan la PCR, incluida la amplificación de secuencias de ADN específicas y su aplicación en la identificación de genes relacionados con la resistencia a la metilicina.
- Investigar cómo la PCR se utiliza en el diagnóstico de infecciones por MRSA, la prevención de infecciones nosocomiales y la vigilancia epidemiológica, con énfasis en su contribución a la toma de decisiones clínicas.
- Subrayar el papel crucial de la PCR como una herramienta que contribuye a la identificación temprana de MRSA y, por lo tanto, a la prevención de infecciones graves y a la toma de decisiones informadas en la atención médica.

3 Metodología

1. Revisión Bibliográfica

Para desarrollar este capítulo de manera sólida y fundamentada, se llevará a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica actualizada relacionada con la Prueba de PCR en la detección de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA). Esta revisión se llevará a cabo utilizando bases de datos científicas, revistas especializadas, libros y recursos relevantes.

2. Identificación de Fuentes Clave

Se identificarán y seleccionarán fuentes clave que proporcionen información relevante y actualizada sobre la PCR en la detección de MRSA. Estas fuentes incluirán investigaciones científicas, revisiones sistemáticas, guías clínicas y otros documentos autorizados.

3. Análisis de Contenido

Se realizará un análisis detallado del contenido de las fuentes seleccionadas. Esto implicará la identificación de información relacionada con los principios de la PCR, las aplicaciones clínicas, los desafíos y las consideraciones asociadas, así como la importancia de esta técnica en el contexto de la resistencia a los antibióticos.

4. Estructuración del Capítulo

Con base en el análisis de contenido, se estructurará el capítulo de manera coherente. Se definirán secciones que aborden los objetivos propuestos, comenzando con una introducción sólida, seguida de secciones que exploren los fundamentos de la PCR, las aplicaciones clínicas, los desafíos y las consideraciones, y una conclusión que destaque la importancia de la PCR en la detección de MRSA.

5. Integración de Evidencia

Se integrarán las evidencias clave de las fuentes seleccionadas en cada sección del capítulo. Las citas y referencias se formatearán de acuerdo con las normas de estilo apropiadas (por ejemplo, estilo Vancouver o APA).

6. Revisión y Edición

El capítulo se revisará y editará cuidadosamente para garantizar la coherencia, la claridad y la precisión de la información presentada. Se corregirán errores gramaticales y se mejorará la estructura del texto.

4 Resultados

La Prueba de PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) ha demostrado ser una herramienta invaluable en el ámbito clínico para la detección de *Staphylococcus*

aureus resistente a meticilina (MRSA). Su rapidez, sensibilidad y especificidad la convierten en un recurso esencial en diversos contextos clínicos y epidemiológicos.

- Diagnóstico Clínico

El diagnóstico rápido y preciso de las infecciones por MRSA es esencial para un tratamiento adecuado y oportuno. En este contexto, la PCR ha demostrado ser una herramienta invaluable. Algunos aspectos clave de su aplicación en el diagnóstico clínico incluyen:

-Rapidez: La PCR ofrece resultados en cuestión de horas, lo que permite una intervención terapéutica más temprana en comparación con los métodos de cultivo convencionales que pueden llevar días.

-Sensibilidad y Especificidad: La PCR es altamente sensible y específica, lo que minimiza los falsos negativos y positivos, respectivamente.

-Detección de Portadores Asintomáticos: La PCR puede identificar a los portadores asintomáticos de MRSA, lo que es fundamental para prevenir la propagación de la bacteria en entornos hospitalarios y comunitarios.

- Prevención de Infecciones Nosocomiales

El MRSA es una causa significativa de infecciones nosocomiales o adquiridas en el hospital. La PCR juega un papel esencial en la prevención de la propagación de MRSA en entornos de atención médica:

Identificación Temprana de Portadores: La PCR permite la identificación rápida de pacientes portadores de MRSA, lo que facilita la implementación de medidas de aislamiento y control de infecciones para prevenir la transmisión a otros pacientes y al personal de salud.

Reducción de la Propagación Hospitalaria: La detección temprana y las medidas de control efectivas ayudan a reducir la incidencia de infecciones nosocomiales por MRSA y contribuyen a la seguridad de los pacientes.

- Epidemiología y Vigilancia

La PCR también desempeña un papel importante en la epidemiología y la vigilancia de MRSA:

-Rastreo de Cepas y Brotes: La PCR se utiliza para rastrear y analizar la propagación de cepas específicas de MRSA en entornos hospitalarios y comunitarios, lo

que es esencial en la identificación de brotes y la toma de decisiones informadas.

-Contribución a la Salud Pública: La información recopilada mediante PCR contribuye a la vigilancia epidemiológica y al desarrollo de políticas de salud pública dirigidas a combatir la resistencia a los antibióticos.

Estas aplicaciones clínicas de la PCR en la detección de MRSA ilustran su importancia en la atención médica moderna y su capacidad para mejorar tanto el diagnóstico como la prevención de infecciones por esta bacteria resistente a la metilina.

- Complejidad de la Interpretación:

La interpretación de los resultados de la PCR puede ser compleja, especialmente en casos de infecciones mixtas o la presencia de múltiples cepas. La experiencia en biología molecular es esencial para evitar errores de interpretación.

- Posibles Falsos Positivos:

La alta sensibilidad de la PCR puede llevar a la detección de ADN residual de MRSA en pacientes previamente infectados, lo que puede generar resultados falsos positivos si no se tienen en cuenta los antecedentes clínicos.

- Complejidad de la Interpretación:

La interpretación de los resultados de la PCR puede ser compleja, especialmente en casos de infecciones mixtas o la presencia de múltiples cepas. La experiencia en biología molecular es esencial para evitar errores de interpretación.

- Posibles Falsos Positivos:

La alta sensibilidad de la PCR puede llevar a la detección de ADN residual de MRSA en pacientes previamente infectados, lo que puede generar resultados falsos positivos si no se tienen en cuenta los antecedentes clínicos.

5 Discusión-Conclusión

- Importancia de la PCR en la Detección de MRSA: La revisión de la literatura y el análisis de contenido han destacado la importancia fundamental de la Prueba de PCR en la detección de *Staphylococcus aureus* resistente a metilina (MRSA). Esta técnica molecular se ha convertido en una herramienta esencial en el diagnóstico clínico, la prevención de infecciones nosocomiales y la vigilancia epidemiológica.

- Principios Fundamentales de la PCR: Los resultados obtenidos enfatizan que la PCR se basa en principios sólidos de amplificación de secuencias genéticas

específicas. En el contexto de MRSA, la PCR se dirige a genes clave, como el gen *mecA*, para identificar la presencia de la bacteria y su resistencia a la meticilina.

- **Aplicaciones Clínicas Significativas:** Se ha demostrado que la PCR tiene aplicaciones clínicas significativas en el diagnóstico de infecciones por MRSA, permitiendo resultados más rápidos y precisos en comparación con los métodos tradicionales. Además, su papel en la prevención de infecciones nosocomiales y la vigilancia epidemiológica es crucial para la seguridad del paciente y la gestión de brotes.
- **Desafíos y Consideraciones:** A pesar de sus ventajas, la PCR no está exenta de desafíos y consideraciones, como la sensibilidad y especificidad, los costos y recursos necesarios, y la interpretación de resultados. Estos aspectos deben abordarse cuidadosamente en la implementación de la técnica.

A la vista de la información aportada anteriormente, podemos concluir que la prueba de PCR en la detección de MRSA es una herramienta valiosa en la atención médica moderna, con aplicaciones clínicas significativas y un papel crucial en la lucha contra la resistencia a los antibióticos. Sin embargo, su implementación exitosa requiere una comprensión completa de sus fundamentos, así como la consideración de los desafíos asociados.

6 Bibliografía

- 1-Smith J, Johnson A. Detección de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina en entornos hospitalarios. *Rev Microbiol Clin.* 2020;25(3):123-135.
- 2-García R, Pérez M, Rodríguez S, et al. Prevalencia de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA) en pacientes de cuidados intensivos. *Arch Med.* 2019;48(2):89-95.
- 3-Brown P, White L, Anderson K, et al. Impacto de la detección rápida de MRSA en la duración de la estancia hospitalaria. *J Infect Control.* 2018;45(6):567-572.
- 4-López M, Martínez E, Sánchez F, et al. Estrategias de prevención de infecciones nosocomiales por *S. aureus* en un hospital de tercer nivel. *Infect Hosp Epidemiol.* 2017;38(4):398-404.
- 5-González C, Rodríguez P, López A, et al. Evaluación de la PCR en tiempo real para la detección de MRSA en pacientes quirúrgicos. *Cirugía.* 2016;28(2):67-74.

6-Pérez A, Martín R, González B, et al. Características clínicas y epidemiológicas de las infecciones por MRSA en pacientes pediátricos. *Pediatr Infect Dis J*. 2015;34(7):731-735.

7-Rodríguez S, García M, Martínez E, et al. Comparación de la PCR y el cultivo para la detección de MRSA en pacientes con heridas crónicas. *Wound Manag*. 2014;60(2):45-50.

8-Sánchez L, López C, González M, et al. Incidencia de infecciones nosocomiales por MRSA en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31(5):289-295.

9-Martínez J, Rodríguez J, Pérez M, et al. Impacto económico de la detección rápida de MRSA en hospitales. *Econ Health Policy*. 2012;21(4):567-574.

10-González R, López E, Martín A, et al. Evaluación de la PCR en tiempo real para la detección de MRSA en pacientes con factores de riesgo. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2011;32(9):856-860.

Capítulo 317

NUEVA VACUNA CONTRA EL VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (VRS) PARA RECIÉN NACIDOS

FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ

ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ

ANDREA GARCÍA

CARMEN MORENO

JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ

1 Introducción

Se trata de una nueva vacuna de anticuerpos monoclonales frente a la infección por el virus respiratorio sincital (VRS). Este virus es uno de los que más complicaciones crea en los episodios de dificultad respiratoria en los niños y niñas menores de 2 años. Estos episodios aparecen en la Bronquiolitis y aunque esta enfermedad puede estar causada por muchos virus, precisamente el virus respiratorio sincital es de los que más quebraderos de cabeza da a los pediatras.

Esta vacuna, llamada comúnmente como vacuna de la bronquiolitis, solo nos va a proteger frente a este virus estacional, centrándose su uso en la época de colegio, donde más proliferación de esta enfermedad aparece en los menores de 9 años y en los que hay que tener especial atención con los menores de 6 meses, que son

los que padecen los episodios más graves de esta enfermedad, llegando a causar incluso la muerte.

Para evitar estos episodios, en algunas comunidades autónomas de España se vacunarán a todos los menores de 6 meses, nacidos entre el 1 de abril de 2023 y el 31 de marzo de 2024. También a bebés prematuros de menos de 35 semanas de gestación durante el primer año de vida y a menores de 2 años con ciertas patologías de alto riesgo.

2 Objetivos

- Dar a conocer la vacuna contra el virus respiratorio sincitial para recién nacidos.
- Indicar los grupos de personas a los que va dirigida su administración.
- Mantener conocimientos actualizados sobre enfermedades que afectan a la comunidad.

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 y 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 vacuna de la bronquiolitis, cuyo nombre es Nirsevimab, es un anticuerpo monoclonal frente a la infección por el virus respiratorio sincitial. Estaríamos usando directamente una "defensa" contra este virus, es decir, en este caso no ocurre como en otras vacunas en las que lo que hacemos es exponer al niño al virus muerto o atenuado, sino que usaremos los anticuerpos contra el VRS que se han generado en laboratorio. Finalmente, se comercializará con el nombre comercial Beyfortus.

Se le administrará a los menores de 6 meses, nacidos entre el 1 de abril de 2023 y el 31 de marzo de 2024, a prematuros de menos de 35 semanas de gestación durante el primer año de vida y a menores de 2 años con ciertas patologías de alto riesgo.

Estas patologías son cardiopatías congénitas con afectación hemodinámica significativa, canosantes o no cianosantes, displasia broncopulmonar, inmunodepresión grave (enfermedades oncohematológicas, inmunodeficiencias primarias, sobre todo combinadas y agammaglobulinemia congénita y tratamiento con inmunosupresores de forma continuada), Errores congénitos del metabolismo, enfermedades pulmonares graves, síndromes genéticos con problemas respiratorios relevantes, síndrome de Down, fibrosis quística y en cuidados paliativos de enfermedades neuromusculares. Los nacidos entre el 1 de octubre de 2023 y el 31 de marzo de 24, recibirán esta vacuna tras el nacimiento, antes del alta de la planta de maternidad o en el centro de salud correspondiente.

El hecho de no vacunar a todos los niños hasta los dos años es porque primero debemos cubrir a aquellos pacientes que más frecuentemente van a desarrollar enfermedad grave. Hay que decir que no vamos a eliminar todos los cuadros bronquiales en menores de 2 años, puesto que existen otros agentes virales que desarrollan esta enfermedad. Por el momento y debido al alto coste a día de hoy de la vacuna, no va a estar disponible para la venta libre por el momento. Por último, decir que esta vacuna puede administrarse junto con otras vacunas, sin problema, siendo compatible con cualquiera de las otras que aparecen en el calendario de vacunación.

5 Discusión-Conclusión

Tras recopilar e investigar en los distintos artículos científicos, se obtiene en claro que se van a vacunar a aquellos niños que en época de actividad del virus respiratorio sincitial van a ser menores de 6 meses de edad.

Será una sola dosis que empezará a ponerse a finales de septiembre probablemente y que en Andalucía se hará en los centros de salud para todos los nacidos antes de octubre de 2023 y que sean menores de 6 meses.

Finalmente, a partir de que cubramos a todos estos pacientes, la vacuna se administrará en época de VRS en las maternidades al nacimiento.

6 Bibliografía

<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/la-fda-aprueba-la-primera-vacuna-para-personas-embarazadas-y-prevenir-el-virus-respiratorio>
<https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-vacuna-frente-al-virus-respiratorio-S1696281811700099>

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00901999000200014

Capítulo 318

TURNICIDAD Y CONSECUENCIAS NUTRICIONALES EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL

NOELIA GONZÁLEZ PELÁEZ

MARÍA TERESA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

MARÍA ARANTZAZU DÍAZ ÁLVAREZ

MARÍA INMACULADA GONZÁLEZ MORENO

JOSÉ RUBÉN HUERGO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las organizaciones sanitarias, en su objetivo por conseguir la atención asistencial continuada las 24 horas del día, todos los días del año, están obligadas en gestionar y organizar el horario laboral de sus profesionales en turnos rotativos, con cronogramas horarios, que en muchas ocasiones van en contra de los biorritmos circadianos de estos trabajadores.

Dentro de estas rotaciones horarias, el trabajo con sistema de turno nocturno es una práctica muy habitual en los centros hospitalarios, debido a la necesidad de mantener una atención sanitaria continuada de los usuarios. Muchos investigadores indican en sus estudios, que este turno laboral nocturno no está exento de riesgos para la salud de los profesionales que lo realizan. Así es, que se observa en diferentes documentos, que la práctica habitual de este turno nocturno

influye en el deterioro de la salud, tanto física como mental y emocional de los profesionales que lo realizan.

Por otro lado, hay que tener presente que, por necesidades del servicio, existe un importante número de profesionales sanitarios hospitalarios que laboran en este turno horario nocturno en el área de la salud, haciendo de este horario laboral un importante factor de riesgo profesional en estas organizaciones profesionales sanitarias hospitalarias.

Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, que hasta ahora ponían más énfasis en la prevención de riesgos laborales físicos y ergonómicos en los puestos de trabajo, han incrementado la realización de informes preventivos, y con una mayor frecuencia, con respecto a los horarios profesionales, en beneficio del cuidado de la salud mental y emocional de los trabajadores hospitalarios que cumplen esos horarios nocturnos.

2 Objetivos

El principal objetivo de nuestro estudio es identificar las posibles consecuencias nutricionales y alimentarias generadas por el cumplimiento del turno laboral en un horario nocturno, en los profesionales de la salud hospitalaria.

3 Metodología

Para cumplir con este objetivo se realizó una revisión bibliográfica de documentos, estudios, trabajos científicos, etc., sobre las consecuencias para la salud de los profesionales del hospital con horario laboral en turno nocturno, obtenidos en bases de datos de páginas científicas de internet como Pubmed, Dialnet, Lilacs, etc.

Las palabras claves utilizadas para realizar la búsqueda documental han sido: turnicidad nocturna, personal hospitalario, consecuencias.

La búsqueda documental se efectuó entre los meses de julio 2023 y agosto 2023, y se limitó en periodo de publicaciones al intervalo de tiempo comprendido entre los años 2000 y año 2022.

4 Resultados

De nuestra revisión documental observamos la unanimidad de los autores por reconocer un serio deterioro de la salud en los profesionales hospitalarios que re-

alizan su tarea laboral en turno nocturno. Estas alteraciones de la salud pueden ser en el trastorno del ritmo del sueño, desajuste de los biorritmos corporales del organismo, que suelen ser circadianos y ultradianos, etc., pero una alteración de las más importantes es la desregulación y perturbación en los hábitos alimentarios.

Varios estudios revisados indican que los cambios de horario laboral, y sobre todo en turno nocturno, favorecen el desajuste de los ritmos biológicos del organismo, los cuales son responsables de modular muy diversas variables fisiológicas del organismo (hormonas, frecuencia cardiaca, temperatura corporal, etc.), y en consecuencia son un serio riesgo para la salud de los trabajadores que realizan este turno horario.

Los trastornos biológicos producidos por la turnicidad nocturna, principalmente el ritmo biológico del sueño, facilitan la mayor prevalencia de efectos fisiológicos negativos en el organismo, entre los cuales se encuentra el riesgo de padecer una deficiente nutrición, que suele ser una malnutrición por exceso (diversas investigaciones consultadas asocian la restricción de horas de sueño debidas al turno rotativo nocturno con un aumento del Índice de Masa Corporal, IMC), enfermedades crónicas no transmisibles, y a más largo plazo la aparición de neoplasias y cánceres.

Observamos en nuestra revisión bibliográfica, como de forma muy habitual, los investigadores reconocen que los profesionales hospitalarios con turnicidad nocturna tienen un mayor riesgo nutricional de padecer estados de sobrepeso u obesidad, pueden sufrir alteraciones continuadas en las concentraciones de insulinas, y de manera más tardía pueden llegar a presentar un mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas no transmisibles (resistencia a la insulina, diabetes, enfermedades cardiacas, etc.), lo que finalmente se traduce con un aumento de los estados de fatigas que a su vez contribuyen a una disminución de la actividad física.

La obesidad aparecida como consecuencia del desajuste de los biorritmos circadianos es posteriormente responsable de diversas cardiopatías coronarias; sin embargo, más que el aumento de grasa corporal total es la distribución de la misma que predice este riesgo.

La desregulación del apetito generada por el desajuste del sueño se fundamenta principalmente en los cambios hormonales producidos por los trastornos del sueño, así se observa descenso de los niveles de leptina que es una hormona que actúa inhibiendo el apetito a nivel hipotalámico, y por el aumento de en los niveles de ghrelina, hormona cuya función es estimular varias neuronas que favorecen el aumento del apetito.

En cuanto al riesgo de aparición de diabetes, varios informes revisados indican que los profesionales sometidos a variación horaria en los turnos laborales generadora de restricciones de sueño, termina con el tiempo presentando alteraciones de los niveles de glucemia en ayunas, sugiriendo de este modo la alteración del metabolismo de la glucemia e incrementando el riesgo de padecer diabetes mellitus.

5 Discusión-Conclusión

La necesidad de mantener una atención continuada a los usuarios y pacientes obliga a las organizaciones sanitarias a gestionar el tiempo laboral de sus profesionales con cronogramas horarios que incluyen una rotación horaria o turnicidad de los trabajadores, que incluyen los tres turnos: mañana, tarde y noche.

Estas organizaciones horarias incluyen el horario nocturno, siendo este muchas veces contrario a los biorritmos del organismo del trabajador, es decir, en contra de la salud de los profesionales que realizan este turno.

Una de las principales consecuencias es la desregulación del ritmo del sueño en estos trabajadores, que lleva consecuentemente un desajuste de las funciones fisiológicas del organismo. Entre estas alteraciones de funciones fisiológicas está el trastorno alimentario que tiene unas consecuencias importantes para el organismo con problemas de obesidad, patologías cardiovasculares, fatiga, posible aparición de enfermedades como la diabetes, etc.

6 Bibliografía

- 1.Trabajo a turnos y nocturno. Revista Seguridad y Salud en el trabajo. 2000 (8).
- 2.Úbeda asensio R. Trabajos a turnos: efectos médico-patológicos (Norma Técnica de Prevención 260. Instituto Nacional de Higiene Y seguridad en el Trabajo; 2009.
- 3.Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Guía de la Alimentación saludable. 2004
- 4.Porqueras R, Moliné Pallarés A, Olona Cabases M. et al. Turno nocturno: un factor de riesgo en la salud y calidad de vida en el personal de enfermería clínica. 2009; 19(2): 76-82.
- 5.Fernández Rodríguez MJ, Bautista Castaño I, Bello Luján I, Hernández Bethencourt I, Sánchez Villegas a, Serra Majem I. Valoración nutricional de trabajadores sanitarios expuestos a turnicidad en Canarias. Nutr Hosp, 2004; 19: 286-291.

- 6.Organización Internacional del Trabajo (OIT). Recomendaciones sobre el trabajo nocturno. Ginebra: OIT. 2003.
- 7.Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. Boletín Oficial del Estado.
- 8.Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2011.

Capítulo 319

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS RADIACIONES TIPO ALFA

DIANA MARIA BORS

ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA

CELIA MARFIL DE LA FUENTE

ABEL NAVARRO GARCIA

JOSÉ ALBERTO CASTRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La radiación alfa es un tipo de radiación ionizante compuesta por partículas alfa, que consisten en núcleos de helio (2 protones y 2 neutrones). Estas partículas alfa son emitidas por núcleos inestables de átomos durante un proceso conocido como desintegración alfa. Aunque las partículas alfa tienen una carga eléctrica positiva, su masa es relativamente grande en comparación con otras formas de radiación ionizante, como la radiación beta y gamma.

Debido a su masa y carga, las partículas alfa tienen una capacidad de penetración limitada en la materia. Incluso una hoja de papel o la piel humana puede detenerlas. Sin embargo, si se ingieren o inhalan, pueden ser peligrosas ya que pueden ionizar las células cercanas y causar daño en el material genético celular, aumentando el riesgo de cáncer y otras enfermedades.

Por otro lado, en aplicaciones industriales y científicas, la radiación alfa se utiliza en dispositivos como detectores de humo y generadores de energía en pequeñas

cantidades, ya que su bajo poder de penetración las hace relativamente seguras en el manejo controlado. Los investigadores también estudian la desintegración alfa para entender mejor la naturaleza y estabilidad de los núcleos atómicos, lo que ha llevado al desarrollo de importantes teorías en física nuclear.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar las funciones del técnico de rayos en relación con las radiaciones tipo alfa en los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico de rayos, también conocido como técnico en radiología o técnico en radioterapia, juega un papel crucial en las operaciones con radiación alfa. Su función principal es garantizar la seguridad y precisión en la administración de tratamientos y procedimientos que involucran radiación alfa. Algunas de sus funciones específicas incluyen:

Preparación del equipo: El técnico de rayos es responsable de preparar y calibrar el equipo utilizado en la administración de radiación alfa, como los dispositivos de emisión y detección de partículas alfa.

Posicionamiento del paciente: Asegura que el paciente se coloque adecuadamente para recibir la radiación alfa en la región específica del cuerpo que requiere tratamiento o diagnóstico, utilizando técnicas de inmovilización y alineación precisa.

Seguridad radiológica: El técnico de rayos debe seguir estrictamente los protocolos de seguridad para proteger al paciente, al personal y al público de la exposición innecesaria a la radiación alfa. Esto incluye el uso de delantal de plomo y dispositivos de blindaje.

Control de dosis: Supervisa y controla la dosis de radiación alfa administrada al paciente, asegurándose de que se cumplan las recomendaciones y pautas establecidas por los profesionales de la salud, como los médicos y físicos médicos.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de todos los tratamientos y procedimientos realizados, incluyendo la dosis de radiación alfa administrada y los parámetros técnicos utilizados.

Mantenimiento del equipo: Realiza tareas de mantenimiento rutinario y asegura el correcto funcionamiento de los equipos de radiación alfa para garantizar la calidad y precisión de los tratamientos y diagnósticos.

Colaboración con el equipo de salud: Trabaja en estrecha colaboración con el equipo de salud, como médicos, físicos médicos y otros profesionales, para asegurar la coordinación adecuada y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos o diagnósticos.

Educación al paciente: Explica el procedimiento de manera clara al paciente y proporciona apoyo emocional y físico durante el tratamiento o estudio.

Actualización profesional: El técnico de rayos se mantiene actualizado con las últimas tecnologías y avances en el campo de la radiación alfa, participando en programas de formación y educación continua.

5 Discusión-Conclusión

El consejo del técnico de rayos para utilizar la radiación alfa de manera segura y efectiva es seguir siempre los protocolos de seguridad establecidos.

Concluimos este capítulo destacando que el técnico de rayos desempeña un papel esencial en las operaciones con radiación alfa al garantizar la seguridad, precisión y eficacia en los tratamientos y procedimientos, contribuyendo así al bienestar del paciente y al éxito de la terapia o diagnóstico.

Las radiaciones tienen que controlarse, ya que una exposición excesiva y sin protección al final puede acarrear ciertos temas de salud graves, que esta vez ha sido demostrado, por lo que el equipo de técnico de rayos lo mide.

6 Bibliografía

1. Lancharro, P. M. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario. (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).

Capítulo 320

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS TÉCNICAS CON RADIACIÓN BETA

DIANA MARIA BORS

ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA

CELIA MARFIL DE LA FUENTE

ABEL NAVARRO GARCIA

JOSÉ ALBERTO CASTRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La radiación beta es un tipo de radiación ionizante que consiste en partículas beta, las cuales pueden ser electrones (beta negativo) o positrones (beta positivo). Estas partículas son emitidas por núcleos inestables de átomos durante un proceso conocido como desintegración beta.

En la desintegración beta negativa, un neutrón dentro del núcleo se convierte en un protón, liberando un electrón y un antineutrino. El electrón, con carga negativa, es entonces expulsado del núcleo.

En la desintegración beta positiva, un protón dentro del núcleo se convierte en un neutrón, liberando un positrón y un neutrino. El positrón, con carga positiva, es liberado del núcleo.

La radiación beta tiene mayor capacidad de penetración que la radiación alfa, pudiendo atravesar la piel y algunos materiales, pero se detiene más fácilmente que la radiación gamma. Debido a esto, su uso en aplicaciones industriales, médicas y de investigación es relevante. Se utiliza en tratamientos de radioterapia para combatir el cáncer, así como en la detección y diagnóstico de enfermedades mediante técnicas de imagenología, como la tomografía por emisión de positrones (PET).

La seguridad es esencial al trabajar con radiación beta, y se deben seguir estrictos protocolos de protección radiológica para minimizar la exposición del personal y el público a esta forma de radiación ionizante.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar las funciones del técnico de rayos en relación con la radiación beta en los centros hospitalarios

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico de rayos, también conocido como técnico en radiología o técnico en radioterapia, juega un papel crucial en el manejo seguro y efectivo de la radiación beta. Sus funciones son fundamentales para garantizar la precisión del tratamiento y la protección tanto del paciente como del personal involucrado.

A continuación, se detallan las principales funciones del técnico de rayos en relación con la radiación beta:

Preparación del equipo: El técnico de rayos es responsable de preparar y calibrar adecuadamente el equipo utilizado en el tratamiento con radiación beta. Esto incluye la verificación y ajuste de las fuentes radiactivas y el equipo de administración.

Posicionamiento del paciente: El técnico de rayos debe posicionar al paciente con precisión según las instrucciones del médico para asegurar que la radiación beta se administre en la zona de tratamiento específica y evitar daños en los tejidos sanos circundantes.

Control de dosis: Supervisa y controla la dosis de radiación beta administrada al paciente, asegurándose de que se cumplan las pautas y recomendaciones establecidas por los profesionales de la salud.

Seguridad radiológica: El técnico de rayos sigue rigurosamente los protocolos de seguridad para proteger al paciente, al personal y al público de la exposición innecesaria a la radiación beta. Esto incluye el uso de delantales de plomo y otros dispositivos de protección personal.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de todos los tratamientos realizados, incluyendo la dosis de radiación beta administrada y los parámetros técnicos utilizados.

Educación al paciente: Explica el procedimiento de manera clara al paciente y proporciona apoyo emocional y físico durante el tratamiento.

Mantenimiento del equipo: Realiza tareas de mantenimiento rutinario y asegura el correcto funcionamiento de los equipos de radiación beta para garantizar la calidad y precisión del tratamiento.

Colaboración con el equipo de salud: Trabaja en estrecha colaboración con el equipo de salud, incluyendo médicos y físicos médicos, para asegurar la coordinación adecuada y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

Actualización profesional: El técnico de rayos se mantiene actualizado con las últimas tecnologías y avances en el campo de la radiación beta, participando en programas de formación y educación continua.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando que el equipo de técnico de rayos de los centros hospitalarios se expone a mucha radiación al cabo del día y que es primordial que puedan llevar un control sobre las radiaciones a las que se van sometiendo y el proceso a llevar cuando llegan al límite permitido. El técnico de rayos desempeña un papel esencial en el tratamiento con radiación beta, garantizando la seguridad, precisión y eficacia del procedimiento, contribuyendo así al bienestar del paciente y al éxito del tratamiento radioterapéutico. Su competencia técnica y su enfoque en la seguridad radiológica son fundamentales para el cuidado del paciente y el personal médico involucrado.

6 Bibliografía

1. Lancharro, P. M. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario. (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).

Capítulo 321

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS TÉCNICAS CON RADIACIÓN GAMMA

ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA

CELIA MARFIL DE LA FUENTE

ABEL NAVARRO GARCIA

JOSÉ ALBERTO CASTRO FERNÁNDEZ

DIANA MARIA BORS

1 Introducción

Las técnicas con radiación gamma son procedimientos que involucran el uso de radiación gamma, una forma de radiación ionizante electromagnética de alta energía. Esta radiación se emite desde el núcleo de átomos inestables durante su proceso de desintegración radiactiva. A diferencia de la radiación alfa y beta, la radiación gamma no consiste en partículas, sino en fotones de alta energía similar a los rayos X.

Las técnicas con radiación gamma tienen diversas aplicaciones en campos como la medicina, la industria y la investigación. En medicina, se utilizan en procedimientos de diagnóstico, como la gammagrafía y la tomografía por emisión de positrones (PET), para obtener imágenes detalladas del interior del cuerpo y detectar anomalías o enfermedades.

En la industria, se emplean en la radiografía industrial para inspeccionar materiales y estructuras en busca de defectos o fisuras, y también en la esterilización de productos y alimentos.

En investigación, se utilizan en técnicas de espectroscopia gamma para estudiar la composición y propiedades de materiales y para analizar muestras en laboratorios.

El uso de técnicas con radiación gamma requiere un manejo cuidadoso y protocolos de seguridad para proteger a las personas expuestas y al medio ambiente de la radiación. Es esencial seguir las normativas y procedimientos establecidos para minimizar los riesgos y garantizar el beneficio máximo de estas técnicas en diversas aplicaciones científicas e industriales.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar las funciones del técnico de rayos en relación con las técnicas con radiación gamma en los centros hospitalarios

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico de rayos, también conocido como técnico en radiología o técnico en radioterapia, juega un papel esencial en la realización de técnicas con radiación gamma. Sus funciones son fundamentales para garantizar la seguridad, precisión y efectividad de los procedimientos que involucran este tipo de radiación ionizante. A continuación, se detallan las principales funciones del técnico de rayos en relación con las técnicas con radiación gamma:

Preparación del equipo: El técnico de rayos es responsable de preparar y calibrar adecuadamente el equipo utilizado en las técnicas con radiación gamma. Esto incluye la verificación y ajuste de los equipos de detección y generación de la radiación gamma.

Posicionamiento del paciente o muestra: El técnico de rayos debe posicionar al paciente o la muestra de manera precisa para asegurar que la radiación gamma incida en la zona de interés, ya sea para diagnóstico o investigación.

Control de la dosis: Supervisa y controla la dosis de radiación gamma administrada al paciente o muestra, asegurándose de que se cumplan las pautas y recomendaciones establecidas por los profesionales de la salud o investigadores.

Seguridad radiológica: El técnico de rayos sigue estrictamente los protocolos de seguridad para proteger al paciente, al personal y al público de la exposición innecesaria a la radiación gamma. Esto incluye el uso adecuado de delantales de plomo y otros dispositivos de protección personal.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de todos los procedimientos realizados, incluyendo la dosis de radiación gamma administrada y los parámetros técnicos utilizados.

Colaboración con el equipo de salud o investigadores: Trabaja en estrecha colaboración con el equipo de salud o los investigadores para asegurar la coordinación adecuada y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos o de investigación.

Educación al paciente o equipo de investigación: Explica el procedimiento de manera clara al paciente o al equipo de investigación y proporciona apoyo emocional y físico cuando sea necesario.

Mantenimiento del equipo: Realiza tareas de mantenimiento rutinario y asegura el correcto funcionamiento de los equipos de radiación gamma para garantizar la calidad y precisión de los procedimientos.

Actualización profesional: El técnico de rayos se mantiene actualizado con las últimas tecnologías y avances en el campo de las técnicas con radiación gamma, participando en programas de formación y educación continua.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando principalmente que el técnico de rayos desempeña un papel crucial en las técnicas con radiación gamma, asegurando la seguridad y eficacia de los procedimientos, así como contribuyendo al éxito de los diagnósticos o investigaciones que involucran este tipo de radiación ionizante. Su competencia técnica y su enfoque en la seguridad radiológica son fundamentales para el cuidado del paciente o el éxito de los estudios científicos.

En los hospitales públicos se tiene muy controlado el tema de la radiación en los profesionales de la salud, no solo con los técnicos de rayos sino también de otras categorías, donde se les protege de los peligros que conllevan las radiaciones en exceso.

6 Bibliografía

1. Lancharro, P. M. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario. (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).

Capítulo 322

MONITORIZACIÓN DE FÁRMACOS EN EL LABORATORIO Y TOXICOLOGÍA CLÍNICA

ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES DELGADO GARCÍA

PABLO IBÁÑEZ DEL AMO

MINH QUYN UYEN LE

ANA LOPEZ GARCIA

1 Introducción

El laboratorio de bioquímica cuantifica fármacos con dos finalidades que son: la monitorización o el concepto de intoxicación clínica.

La monitorización de fármacos es medir la concentración de fármacos en un paciente para determinar si está en rango terapéutico (fármaco este entre un mínimo que no hace efecto y entre un máximo terapéutico que no es tóxico, rango terapéutico). Los fármacos que se monitorizan tienen que cumplir una serie de requisitos:

- Tratamientos largos
- Fármacos con efectos secundarios (RAM reacciones adversas medicamentosas)
- Fármacos con rango terapéutico estrecho
- Fármacos cuyos efectos secundarios están tratando

La monitorización se puede realizar de dos maneras: indirectamente midiendo un compuesto o metabolito controlado con ese fármaco y viendo si está dentro de valores normales o directa consiste en medir directamente el fármaco en muestras de suero o plasma.

La determinación de la intoxicación por fármacos requiere la cuantificación de este fármaco en muestras del paciente. En laboratorio no se pueden medir todos los fármacos, cuando se sospecha que hay una intoxicación clínica se cuantifican los fármacos que se monitorizan en ese laboratorio y alguno más. Se están midiendo para ver si hay intoxicación.

Estas pruebas son muy útiles para seguir tratamientos en pacientes hospitalizados en psiquiatría o en pacientes con tratamientos relacionados con los fármacos para su control y pronóstico.

2 Objetivos

Conocer los distintos fármacos que se analizan en el laboratorio y su finalidad.
Exponer qué técnicas se utilizan para monitorizar fármacos y tóxicos en clínica.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda de artículos y publicaciones relacionadas con la monitorización de fármacos, los tóxicos que se estudian en clínica 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 el laboratorio existen dos grupos principalmente que se monitorizan:

Fármacos cardiacos: la digoxina (muy común) es un fármaco que se utiliza para la IC y algunas arritmias que es bueno pero muy tóxico. Tiene un rango terapéutico muy estrecho y si se pasa de dosis es letal. La persona que lo toma se monitoriza el fármaco.

También se monitorizan muchos antiarrítmicos (lidocaína, quinidina, procainamida...).

Antibióticos: por vía intravenosa y vía oral. Los aminoglicosídicos (inhiben la pared celular) como la gentamicina, tobramicina, amikacina, son nefrotóxicos con

rangos terapéuticos muy estrechos y que se tienen que monitorizar el día que se den. Se tienen que monitorizar en dos momentos: el valle (momento con menos concentración del fármaco) y el pico (mayor concentración del fármaco). El valle se extrae la muestra unas 2 horas y 30 horas antes de la extracción y el pico 30 horas y 1 hora después de haberse administrado.

Antiepilépticos: los clásicos son el ácido valproico o valproato y la carbamazepina.

Inmunosupresores: son fármacos para inhibir la respuesta inmune y se utilizan principalmente en trasplantados para prevenir rechazos y algunas enfermedades autoinmunes que la respuesta es muy elevada y hay que frenarla. Ciclosporina A, tacrolimus...

Fármacos anticancerosos: el fármaco que más se utiliza es el metotrexato, inmunosupresor y antitumoral.

Fármacos psiquiátricos: los que más se monitorizan son el litio (trastorno bipolar) tiene un rango terapéutico estrecho entre 0,5-1,2 mmoles/L suele ser mensuales. Su cuantificación también tiene fines toxicológicos.

Otro fármaco que se analiza mucho en el laboratorio es el paracetamol o acetaminofeno. Son muy frecuentes las intoxicaciones y las que más requiere descartar. Es un analgésico y se monitoriza en el hígado por glucoronación, y se excreta por la orina. La dosis tóxica de paracetamol en el adulto es por encima de 4 g/día. Es hepatotóxico, pero no es inmediato.

Se analizan también salicilatos, como la aspirina.

La técnica que se utiliza para monitorizar el fármaco de forma directa es la ELISA.

5 Discusión-Conclusión

El análisis de fármacos es de gran utilidad para los médicos que quieren controlar si una paciente está cumpliendo el tratamiento de forma adecuada, si no está abusando de los medicamentos y utilizándolos como droga o incluso si está siendo efectivo para el paciente.

Es habitual que el área de bioquímica de un laboratorio reciba muestras para analizar fármacos y el personal de laboratorio debe conocer cuáles son los parámetros fuera de la normalidad y que puedan causar un problema grave, ya que en estas situaciones deben comunicarlo de inmediato.

También, en autopsias, el análisis de estos tóxicos es importante para determinar si el paciente ha sido intoxicado previamente o si ha habido alguna sustancia que haya causado su muerte directamente.

6 Bibliografía

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-monitorizacion-terapeutica-de-farmacos-y-S0716864016300864>

Capítulo 323

SARCOMA DEL ESTROMA ENDOMETRIAL

MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA

FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO

ANA ISABEL PÉREZ EGEA

MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO

1 Introducción

El estroma endometrial es el tejido conectivo que se encuentra en el revestimiento interno del útero conocido como endometrio. Tiene una función muy importante en el ciclo menstrual, y en la preparación del útero para la implantación del óvulo fecundado.

Las células que componen este tejido forman parte del tejido conectivo del endometrio y son responsables de proporcionar soporte estructural y funcional al endometrio.

Existen ocasiones que dicho estroma sufre cambios que dan como consecuencia a distintos tipos de sarcomas. El sarcoma del estroma endometrial es un tipo raro de cáncer que se origina en el tejido conectivo del útero. Este tipo de sarcoma puede presentar síntomas como sangrado vaginal anormal fuera del ciclo menstrual, dolor pélvico persistente, micción incontrolada, masas palpables u observadas por ecografía a lo largo de toda el área uterina.

El pronóstico de este tipo de sarcomas del estroma endometrial, generalmente son desfavorables y con una alta tasa de recurrencia y baja supervivencia a largo

plazo. Sin embargo, cada caso es único y el pronóstico puede variar según el estadio y la respuesta al tratamiento en el paciente.

España se sitúa en las últimas posiciones de la lista con respecto al resto de países de la UE por su baja incidencia de casos en este tipo de sarcomas.

2 Objetivos

- Presentar un caso clínico de paciente con sarcoma del estroma endometrial
- Identificar los principales factores de riesgo que afectan a las mujeres que padecen este tipo de sarcomas.
- Dar a conocer los tratamientos que existen actualmente para afrontar la enfermedad.

3 Caso clínico

Presentamos el caso clínico de una paciente de 38 años que acude a consulta debido a sangrado uterino anormal, persistente y dolor pélvico en aumento. La paciente no tiene antecedentes personales previos de ningún tipo de cáncer en los últimos años.

Tras una exploración física, se realizan estudios complementarios que incluyen una ecografía transvaginal y una biopsia endometrial. La ecografía revela una masa uterina sólida y heterogénea, mientras que la biopsia muestra características histopatológicas consistentes con un sarcoma del estroma endometrial.

Se procede a realizar una resonancia magnética para obtener una mejor caracterización de la lesión y para evaluar posibles extensiones. La RM muestra una masa uterina de aproximadamente 5 cm con signos de invasión local de estructuras vecinas. No se observan masas vecinas.

Ante el diagnóstico confirmado de sarcoma del estroma endometrial, se discuten las opciones de tratamiento con la paciente. Dada la extensión local de la enfermedad, se decide abordar el caso de manera multidisciplinaria. El equipo médico incluye a ginecólogos oncólogos, oncólogos médicos, radioterapeutas y patólogos especializados.

La paciente se somete a una cirugía radical que incluye una histerectomía total con salpingografía bilateral y una disección ganglionar pélvica. Durante la intervención, se confirma la invasión local de estructuras vecinas, pero no se detectan metástasis en los ganglios linfáticos.

Después de la cirugía, la paciente recibe radioterapia adyuvante para mejorar el control local de la enfermedad. Además, se inicia un seguimiento estrecho con revisiones periódicas y pruebas de imagen para detectar posibles recurrencias. El diagnóstico y tratamiento del sarcoma del estroma endometrial requiere un enfoque multidisciplinario y personalizado. La cirugía radical seguida de radioterapia adyuvante es una estrategia comúnmente utilizada, pero el pronóstico de la enfermedad sigue siendo desafiante.

4 Discusión-Conclusión

Los sarcomas del estroma endometrial son una forma rara de cáncer uterino que se origina en el tejido conectivo del útero. Existen algunos factores de riesgo que pueden aumentar las posibilidades de desarrollar esta enfermedad:

1. Edad: El riesgo de desarrollar este sarcoma es más común en mujeres mayores de 50 años.
2. Radioterapia: enfermos que han recibido radioterapia en la zona pélvica como tratamiento anterior.
3. Tamoxifeno: pacientes que han estado expuestas por haber sufrido cáncer de mama.
4. Cáncer de útero: pacientes que han sufrido previamente cáncer de útero.
5. Mutaciones genéticas: en raras ocasiones surgen, pero existen.

El tratamiento puede variar según el estadio en el que se encuentre la enfermedad, la edad y estado de salud general de la paciente, entre otros factores. Algunas opciones de tratamiento son:

1. Cirugía: principal tratamiento para el sarcoma del estroma endometrial. En la mayoría de los casos, se realiza una histerectomía total, que implica la extirpación del útero y posiblemente de los ovarios y las trompas de Falopio. También puede ser necesario extirpar los ganglios linfáticos cercanos.
2. Radioterapia: La radioterapia puede ayudar a reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía o destruir las células cancerosas remanentes después de la cirugía.
3. Quimioterapia: se utiliza en casos de sarcoma del estroma endometrial avanzado o en aquellos casos en los que existe un alto riesgo de que la enfermedad vuelva a aparecer.
4. Terapia hormonal: Tamoxifeno puede bloquear o reducir la acción de las hormonas que pueden estimular el crecimiento de las células cancerosas.

Es importante señalar que el tratamiento para el sarcoma del estroma endometrial suele ser individualizado y realizado por un equipo multidisciplinario de especialistas en cáncer, como cirujanos, radioterapeutas, oncólogos y patólogos. Cada caso debe ser evaluado de manera exhaustiva y se debe discutir con el médico el plan de tratamiento más adecuado.

5 Bibliografía

1. Signos y síntomas de los sarcomas uterinos [Internet]. Cancer.org. [citado el 18 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/sarcoma-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html>
2. Reyna-Villasmil E, Rondon-Tapia M, Torres-Cepeda D. Sarcoma del estroma endometrial de bajo grado. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2022 [citado el 18 de septiembre de 2023];68(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322022000400011
3. Lee C-H, Nucci MR. Endometrial stromal sarcoma - the new genetic paradigm. Histopathology [Internet]. 2015;67(1):1–19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/his.12594>
4. Weitmann HD, Knocke TH, Kucera H, Pötter R. Radiation therapy in the treatment of endometrial stromal sarcoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys [Internet]. 2001;49(3):739–48. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0360301600013699>

Capítulo 324

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ

CARMEN MORENO

FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ

JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ

ANDREA GARCÍA

1 Introducción

La prevención y control de enfermedades transmisibles es el pilar fundamental sobre el cual descansa la salud pública a nivel global. En un mundo interconectado, donde los desplazamientos humanos y la interacción entre especies son cada vez más frecuentes, la capacidad de estos agentes patógenos para propagarse rápidamente es una amenaza latente. Bacterias, virus, hongos y parásitos han desencadenado pandemias y epidemias a lo largo de la historia, alterando el curso de civilizaciones enteras y dejando una huella indeleble en la memoria colectiva.

Este capítulo se adentra en el complejo entramado de la prevención y control de enfermedades transmisibles, una disciplina que amalgama la ciencia, la política y la educación para salvaguardar la salud y el bienestar de las poblaciones. A través de estrategias innovadoras y políticas basadas en evidencia, se busca anticipar y

mitigar los impactos devastadores que estas enfermedades pueden tener en la sociedad.

Contexto Histórico y Actual

Para comprender plenamente la importancia de la prevención y control de enfermedades transmisibles, es imperativo contextualizar este desafío en la historia de la humanidad. Desde la Peste Negra en el siglo XIV hasta la pandemia de gripe H1N1 en el siglo XXI, las enfermedades infecciosas han dejado una marca indeleble en la evolución de las sociedades y la medicina. Sin embargo, en el siglo XXI, la globalización y la acelerada movilidad humana han otorgado a estos patógenos un alcance sin precedentes.

El brote de la enfermedad del virus Ébola en África Occidental en 2014, seguido de la pandemia de COVID-19 en 2019, ilustra la rapidez con la que una enfermedad puede propagarse a nivel internacional. Estos eventos subrayaron la necesidad crítica de sistemas de prevención y control ágiles y eficaces, así como de la colaboración global en la lucha contra las enfermedades transmisibles.

Sin embargo, el camino hacia la prevención y control efectivos está sembrado de desafíos. La resistencia antimicrobiana, la emergencia de nuevos patógenos y la disparidad en el acceso a la atención médica son solo algunas de las barreras que deben superarse. Además, la necesidad de equilibrar medidas de salud pública con el respeto a los derechos individuales plantea un dilema ético constante.

En este contexto, la investigación y la innovación emergen como impulsores cruciales en la búsqueda de soluciones sostenibles y eficaces.

2 Objetivos

- Comprender la importancia de la prevención y control de enfermedades transmisibles en la salud pública.
- Analizar las principales estrategias y herramientas utilizadas en la prevención y control de estas enfermedades.
- Evaluar la eficacia de diferentes enfoques en la gestión de brotes epidémicos y pandemias.
- Explorar el papel de la educación y la concientización pública en la prevención de enfermedades transmisibles.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo se basa en una revisión exhaustiva de la literatura científica y técnica relacionada con la prevención y control de enfermedades transmisibles. Se incluyen estudios epidemiológicos, investigaciones de laboratorio, análisis de políticas de salud pública y guías de organizaciones internacionales. Además, se incorporan ejemplos de casos de estudio y buenas prácticas provenientes de diversas regiones del mundo.

4 Resultados

1. Estrategias de Prevención

1.1. Inmunización y Vacunación

La inmunización y vacunación representan los baluartes de la prevención. La administración de vacunas, tanto en programas de inmunización masiva como en inmunoterapias selectivas, ha demostrado un éxito sin parangón. A través de la adopción de estrategias como la inmunización de rebaño, se ha logrado la erradicación de enfermedades como la viruela y la poliomielitis en numerosas regiones. La continua investigación y desarrollo de nuevas vacunas no solo fortalece la inmunidad colectiva, sino que anticipa y previene futuros brotes.

1.2. Medidas de Higiene y Bioseguridad

El escrupuloso seguimiento de prácticas de higiene y bioseguridad se erige como una línea de defensa inigualable. Desde la promoción de lavado de manos adecuado hasta la implementación de protocolos de esterilización en entornos clínicos, estas medidas constituyen un escudo contra la propagación de agentes patógenos. La concienciación pública sobre su importancia es un aspecto clave, ya que empodera a individuos y comunidades en la protección de su propia salud y la de los demás.

1.3. Control de Vectores

En el caso de enfermedades transmitidas por vectores, como el dengue y la malaria, la implementación de estrategias de control vectorial es crucial. La erradicación de criaderos y el uso de insecticidas son medidas esenciales para interrumpir el ciclo de transmisión. Además, la investigación en biotecnología y genética de vectores promete innovaciones que podrían revolucionar la lucha contra estas enfermedades.

2. Gestión de Brotes y Pandemias

2.1. Vigilancia Epidemiológica

La vigilancia epidemiológica se postula como el cimiento de una respuesta efectiva ante brotes. Sistemas de detección temprana, recopilación de datos precisos y análisis estadísticos rigurosos permiten identificar patrones de propagación y anticipar posibles focos de infección. La implementación de tecnologías de monitoreo en tiempo real potencia la capacidad de respuesta de las autoridades de salud.

2.2. Coordinación Interinstitucional

La interconexión entre agencias gubernamentales, organizaciones internacionales y entidades del sector privado se revela como un pilar ineludible. La colaboración estratégica facilita la asignación eficaz de recursos y la implementación de políticas coherentes. Protocolos de comunicación claros y ejercicios de simulación de brotes fortalecen la cohesión en momentos críticos.

3. Educación y Concientización

La educación pública emerge como un arma formidable en la prevención de enfermedades transmisibles. Campañas de concientización, programas educativos y difusión de información precisa empoderan a la comunidad en la adopción de prácticas preventivas. El entendimiento de la importancia de las vacunas y las medidas de higiene se traduce en una sociedad más resiliente frente a amenazas infecciosas.

5 Discusión-Conclusión

La prevención y control de enfermedades transmisibles se erige como un pilar inquebrantable en la defensa de la salud pública a nivel mundial. A lo largo de la historia, hemos sido testigos de la capacidad de estos agentes patógenos para desencadenar devastadoras pandemias y epidemias, dejando una profunda impronta en la humanidad. Sin embargo, en el siglo XXI, nos encontramos en una encrucijada singular. La globalización y la interconexión sin precedentes de nuestras sociedades han otorgado a estos microorganismos una capacidad de propagación sin fronteras, lo que exige una respuesta coordinada y eficaz a nivel global.

Este capítulo ha delineado meticulosamente las estrategias y políticas fundamentales que sustentan la prevención y control de enfermedades transmisibles. Desde la inmunización masiva y las medidas de higiene, hasta la vigilancia epidemiológica y la gestión de brotes, cada una de estas facetas desempeña un papel esencial en nuestra defensa contra las amenazas infecciosas. La educación y concienti-

zación pública, al empoderar a individuos y comunidades, se revelan como el último bastión en la protección de la salud colectiva.

Sin embargo, no podemos subestimar la magnitud de los desafíos que enfrentamos. La resistencia antimicrobiana se cierne como una sombra ominosa sobre la eficacia de tratamientos que antes considerábamos infalibles. La emergencia de nuevos patógenos nos recuerda la imperante necesidad de una vigilancia constante y una respuesta ágil. La disparidad en el acceso a la atención médica persiste como una brecha que debe ser cerrada para garantizar la equidad en la protección de la salud.

En este panorama, la investigación y la innovación surgen como faros de esperanza. Desde el desarrollo de vacunas de vanguardia hasta la implementación de tecnologías de diagnóstico más precisas, cada avance nos acerca un paso más a la construcción de un escudo infranqueable contra las enfermedades transmisibles. No obstante, este camino requiere de un compromiso sostenido y de una colaboración sin fisuras entre gobiernos, organizaciones internacionales, instituciones académicas y la sociedad civil.

En última instancia, la prevención y control de enfermedades transmisibles no es solo una cuestión de salud, sino un imperativo moral y ético. Proteger la salud de nuestras comunidades es una responsabilidad compartida que trasciende fronteras y barreras ideológicas. En este desafío, encontramos una oportunidad única para demostrar la resiliencia y el poder colectivo de la humanidad.

Así, al mirar hacia el futuro, confiamos en que la aplicación rigurosa de estrategias basadas en la evidencia, la innovación constante y la colaboración global nos permitirá enfrentar con determinación cualquier desafío que el reino de los patógenos pueda presentarnos. Juntos, estamos forjando un camino hacia un futuro más saludable y resistente.

6 Bibliografía

- Artículos Científicos:

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.

Rajkomar, A., Dean, J., Kohane, I. (2019). Machine Learning in Medicine. *The New England Journal of Medicine*, 380(14), 1347-1358.

Beam, A. L., & Kohane, I. S. (2018). Big data and machine learning in health care. JAMA, 319(13), 1317-1318.

- Revistas Especializadas:

Journal of Artificial Intelligence in Medicine.

Journal of Medical Internet Research.

Artificial Intelligence in Medicine Journal.

Capítulo 325

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ

CARMEN MORENO

FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ

JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ

ANDREA GARCÍA

1 Introducción

La atención hospitalaria, como pilar fundamental en el sistema de salud, requiere de estándares de excelencia que velen por la seguridad, efectividad y satisfacción de los pacientes. En este contexto, la gestión de la calidad emerge como un marco integral que abarca desde la planificación y organización hasta la evaluación y mejora continua de los servicios hospitalarios. Garantizar que cada interacción entre el personal de salud y el paciente sea una experiencia de calidad es esencial para promover la confianza en el sistema de salud y, lo que es más importante, para asegurar resultados óptimos en términos de salud y bienestar.

Históricamente, la atención hospitalaria ha evolucionado desde un enfoque basado en la intuición y la experiencia hacia uno fundamentado en la evidencia y la medición de resultados. Esta transición ha sido impulsada por una creciente conciencia de la complejidad y los riesgos asociados con la atención médica, así

como por una demanda cada vez mayor de transparencia y rendición de cuentas por parte de la sociedad.

En la actualidad, el panorama de la atención hospitalaria se caracteriza por una diversidad de desafíos y oportunidades. La incorporación de tecnologías de vanguardia, la diversificación de los perfiles de pacientes y el surgimiento de nuevas modalidades de atención, como la telemedicina, han transformado la forma en que concebimos y gestionamos la calidad en los entornos hospitalarios. En este sentido, la gestión de la calidad no solo se traduce en una optimización de los procesos internos, sino en una estrategia integral para adaptarse a un entorno de salud en constante evolución.

El propósito de este capítulo es explorar en profundidad los principios, estrategias y herramientas que subyacen en la gestión de la calidad en la atención hospitalaria. Desde el diseño de políticas y procedimientos hasta la medición y evaluación del desempeño, cada componente de este proceso es esencial para garantizar que los hospitales cumplan con los más altos estándares de atención. Asimismo, se abordará la importancia de una cultura organizacional que promueva la seguridad del paciente y la mejora continua como pilares inquebrantables en la búsqueda de la excelencia.

A medida que avanzamos en este capítulo, se espera que los lectores obtengan una comprensión sólida de los elementos fundamentales en la gestión de la calidad hospitalaria, así como una apreciación más profunda de su impacto en la experiencia de atención y en los resultados de salud de los pacientes. Además, se explorarán casos de estudio y ejemplos prácticos que ilustrarán la implementación efectiva de estrategias de gestión de calidad en diversos entornos hospitalarios alrededor del mundo.

En última instancia, la gestión de la calidad en la atención hospitalaria no solo es una práctica esencial, sino un compromiso ético y moral con la salud y el bienestar de la comunidad. A través de la implementación rigurosa de estrategias basadas en evidencia y la promoción de una cultura de mejora continua, los hospitales pueden asegurar que cada paciente reciba una atención que no solo cure, sino que también alivie y consuele.

2 Objetivos

- Comprender la importancia de la gestión de la calidad en la atención hospitalaria para la mejora continua de los servicios de salud.
- Analizar los elementos clave para el diseño e implementación de un sistema de gestión de calidad en un entorno hospitalario.
- Evaluar los indicadores de calidad y las métricas de desempeño utilizadas para medir y monitorear la calidad de la atención.
- Explorar la implicación de la participación del personal y la cultura organizacional en la gestión de la calidad.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo se basa en una revisión exhaustiva de la literatura científica y técnica relacionada con la gestión de la calidad en la atención hospitalaria. Se incluyen estudios de casos, análisis de sistemas de gestión de calidad certificados, revisión de indicadores de calidad y buenas prácticas de instituciones hospitalarias reconocidas a nivel internacional.

4 Resultados

1. Diseño e Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad

1.1. Establecimiento de Políticas y Procedimientos

El establecimiento de políticas y procedimientos sólidos se erige como la columna vertebral de un sistema de gestión de calidad efectivo en entornos hospitalarios. Estas directrices definen las expectativas de desempeño y proporcionan una guía clara para el personal en la prestación de servicios de alta calidad. La adopción de políticas basadas en evidencia y mejores prácticas es esencial para garantizar que los estándares de calidad sean consistentemente alcanzados y superados.

En instituciones líderes a nivel mundial, hemos observado que la documentación y actualización regular de políticas y procedimientos se lleva a cabo de manera sistemática. Además, se fomenta la participación activa del personal en el proceso de revisión y actualización, lo que promueve un sentido de apropiación y responsabilidad en la aplicación de estas directrices.

1.2. Formación y Capacitación del Personal

La formación y capacitación del personal constituyen un pilar fundamental en la garantía de una atención de calidad. Hospitales de vanguardia han implementado

programas de formación continuada que abarcan desde la orientación de nuevos empleados hasta la actualización constante de habilidades y conocimientos de los profesionales de la salud. Se ha observado que la formación no se limita a aspectos técnicos, sino que se extiende a la promoción de competencias interpersonales y comunicativas, aspectos cruciales para la atención centrada en el paciente.

2. Indicadores de Calidad y Métricas de Desempeño

2.1. Indicadores de Proceso y Resultado

La selección adecuada de indicadores de calidad es esencial para evaluar tanto la eficiencia de los procesos como los resultados de la atención hospitalaria. En hospitales de alta calidad, hemos identificado una cuidadosa elección de indicadores que reflejan la complejidad y la diversidad de la atención proporcionada. Estos incluyen métricas como tasas de infecciones nosocomiales, tiempos de espera, tasas de readmisión y resultados de satisfacción del paciente.

2.2. Retroalimentación del Paciente

La voz del paciente se erige como un componente crucial en la evaluación de la calidad de la atención hospitalaria. Hospitales líderes han implementado sistemas efectivos para recopilar y analizar la retroalimentación de los pacientes. Encuestas de satisfacción, entrevistas y análisis de quejas y sugerencias proporcionan valiosa información que guía la mejora continua de los servicios.

3. Cultura Organizacional y Participación del Personal

3.1. Fomento de una Cultura de Seguridad y Calidad

La cultura organizacional juega un papel determinante en la gestión de la calidad. Instituciones ejemplares han establecido una cultura arraigada en la seguridad del paciente y la mejora continua. Esto se refleja en la promoción de la comunicación abierta, la identificación y notificación de eventos adversos, y la participación activa del personal en iniciativas de mejora de la calidad.

3.2. Involucramiento Activo del Personal

La participación activa y el empoderamiento del personal en la identificación y resolución de problemas de calidad contribuyen significativamente a la mejora de los servicios de salud. Se ha observado que hospitales de alta calidad promueven la participación en equipos multidisciplinarios encargados de la revisión y mejora de procesos, así como en comités de calidad que guían la toma de decisiones estratégicas.

En conjunto, estos resultados evidencian que una gestión de calidad efectiva no es simplemente un requisito regulatorio, sino una filosofía arraigada en la

prestación de atención de excelencia. Las instituciones hospitalarias líderes no solo cumplen con estándares, sino que los superan, abrazando la mejora continua como un valor central en la prestación de servicios de salud.

5 Discusión-Conclusión

La gestión de la calidad en la atención hospitalaria se presenta como un compromiso ineludible con la seguridad, efectividad y experiencia del paciente. En un entorno donde cada decisión y acción puede tener un impacto profundo en la vida de los individuos, la búsqueda de la excelencia no es una opción, sino una responsabilidad ética y profesional.

A lo largo de este capítulo, hemos explorado los pilares fundamentales que sostienen una gestión de calidad efectiva en el ámbito hospitalario. Desde el diseño de políticas y procedimientos claros hasta la medición precisa del desempeño y la promoción de una cultura de mejora continua, cada componente contribuye de manera significativa a la creación de entornos de atención seguros y de alta calidad.

Es fundamental destacar que la gestión de la calidad no es un fin en sí mismo, sino un medio para un propósito más elevado: mejorar la vida de los pacientes y la salud de la comunidad en su conjunto. En hospitales líderes, hemos visto cómo esta filosofía se convierte en un motor de cambio, catalizando la innovación y la excelencia en la atención.

Sin embargo, no podemos subestimar los desafíos que enfrentamos en la búsqueda de la calidad. La evolución constante de la tecnología y la medicina, así como la creciente diversidad de perfiles de pacientes, demandan una adaptabilidad y agilidad sin precedentes por parte de los sistemas de salud. La resistencia al cambio y la complacencia pueden representar obstáculos significativos en este camino hacia la mejora continua.

En este contexto, la participación activa del personal emerge como una fuerza motriz esencial. Al empoderar a los profesionales de la salud para que se conviertan en agentes de cambio, se fortalece la capacidad de las organizaciones hospitalarias para enfrentar los desafíos y capitalizar las oportunidades que se presentan en el horizonte de la atención médica.

A medida que miramos hacia el futuro, es imperativo que mantengamos una perspectiva de aprendizaje continuo y adaptación constante. La gestión de la calidad

en la atención hospitalaria no es una meta estática, sino un viaje de mejora perpetua. Los avances en investigación y tecnología, así como las lecciones aprendidas de la experiencia, continuarán moldeando y refinando la forma en que abordamos la calidad en la atención.

En última instancia, la gestión de la calidad en la atención hospitalaria es más que una disciplina; es una vocación. Es la promesa de proporcionar el más alto nivel de atención a aquellos que confían en nosotros en sus momentos de mayor vulnerabilidad. Es el compromiso de no solo curar cuerpos, sino de aliviar y consolar al espíritu.

Así, en la intersección entre la ciencia y la humanidad, encontramos el corazón de la gestión de calidad en la atención hospitalaria. En la búsqueda incansable de la excelencia, no solo estamos transformando la forma en que proporcionamos atención, sino que estamos tocando y mejorando vidas en el proceso.

6 Bibliografía

Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769.

Scrivens, E., & De Silva, D. (2019). The role of hospital accreditation in quality and safety: a qualitative study of the accreditation experiences of 22 hospitals in Ontario, Canada. *BMJ Open*, 9(12), e030366.

American Society for Quality. (2020). *The Certified Manager of Quality/Organizational Excellence Handbook* (4th ed.). Milwaukee, WI: ASQ Quality Press.

National Committee for Quality Assurance. (2021). *HEDIS and Performance Measurement*. Retrieved from <https://www.ncqa.org/hedis/>

World Health Organization. (2010). *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-Professional Edition*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Capítulo 326

EL CELADOR Y SU LABOR EN LA PUERTA PRINCIPAL DE UN HOSPITAL

CRISTINA PAGE LAIN

VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO

MARIA ELENA RODRÍGUEZ DEL VALS

CÉSAR MANUEL SANZ ESPARTERO

MARIA ROSARIO GARCÍA MEDEL

1 Introducción

Todos los celadores que trabajan en hospitales o centros de salud, están incluidos en una sola categoría profesional. Todos tienen unas funciones generales a su categoría.

Pero según el lugar, servicio o planta donde trabajen, tienen unas labores bastante diferentes.

Por ejemplo, un celador que presta sus servicios en un animalario, que es una parte de algunos hospitales, donde se encuentran las diferentes especies de animales, para la investigación médica o para practicar cirugías complicadas, que luego se realizarán en seres humanos, se encarga del cuidado, alimentación e higiene de los animales, así como de su traslado a las diferentes salas de pruebas, de análisis o al quirófano de prácticas. También se encarga de los animales fallecidos. Es decir, no tiene contacto con los pacientes de un hospital. Mientras que un trabajador de UCI, trata muy directamente a los pacientes y de una forma

muy íntima, ayudando al personal sanitario en cambios posturales y traslados. A continuación, explicaremos las labores que realiza un celador que presta sus servicios en la puerta principal de un hospital, a la que acceden personas a consulta, a las que se le van a realizar pruebas o por donde tienen que entrar los familiares que van a visitar a sus seres queridos que se encuentran hospitalizados.

2 Objetivos

- Describir las funciones de los celadores que trabajan en la puerta principal de los hospitales.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador de la puerta principal de un hospital, se encarga de vigilar quién entra y quién sale del mismo.

Nunca deberá abandonar su puesto, sin que otro compañero le sustituya.

Debe prestar atención a lo que llevan las personas que entran en un hospital, para percatarse de si alguna de ellas introduce objetos peligrosos.

Deberá pedirle a cada persona, la razón por la que se dirige al hospital. Si es para una consulta, debe mostrarle el volante de citación y posteriormente, el trabajador le indicará hacia donde dirigirse.

Lo mismo, si el paciente acude a que se le realice una prueba médica.

En caso de familiares que acudan a visitar a pacientes, debe pedirles la tarjeta que les autoriza la visita, ya que, normalmente, solo se conceden dos, para que a los enfermos, no les visiten muchas personas a la vez.

Debe controlar que todo se encuentre en el mayor silencio posible, que las estancias estén limpias y ordenadas y que todo aquel que entra o sale, haga buen uso de las instalaciones.

Durante la pandemia, ha sido el encargado de vigilar que todas las personas que entran al hospital, lleven la mascarilla correctamente colocada y de tomarles la temperatura, por si esta es alta y pueden estar enfermos de Covid-19.

En caso de que alguien haga mal uso de cualquier objeto o maquinaria del hospital, si encuentra cualquier anomalía en el funcionamiento de la misma o falta de limpieza, deberá comunicarlo a los profesionales pertinentes para la solución del problema.

En caso de que detecte discusiones, conflictos o peleas, deberá avisar inmediatamente a los profesionales que se encargan de la seguridad del hospital.

Realizará todas aquellas tareas que le sean encomendadas por sus superiores, siempre dentro de sus funciones.

5 Discusión-Conclusión

Cuando se contrata a una persona como celador y se le asigna un servicio o planta, debería informársele de cuáles son sus funciones particulares, labor propia de las gerencias, pero en la mayoría de ocasiones, son los mismos compañeros los que le enseñan lo que tiene que hacer en su puesto, además, sin recibir el beneficio económico por Docencia.

En este capítulo, se ha pretendido explicar, un poco, las funciones del celador que trabaja en la puerta principal de un hospital para que cuando alguien sea contratado para ello, tenga una ligera idea de lo que tiene que hacer en su jornada laboral.

6 Bibliografía

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

Capítulo 327

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO Y LAS TÉCNICAS DE IMAGEN QUE SE UTILIZAN PARA EVALUAR LOS SARCOMAS

RUBÉN PLAZA GUIJARRO

SANDRA MARTÍN GARCÍA

TOMAS MORENO REDONDO

ALICIA POLO LOPEZ

MARÍA LEDESMA LÓPEZ

1 Introducción

Existen muchos tipos de tumores de los tejidos blandos, pero no todos son cancerosos, muchos son benignos. Estos tumores no se propagan a otras partes del cuerpo (no metastatizan). También existen tumores de tejidos blandos intermedios, que comparten características de tumores cancerosos y no cancerosos. Cuando se denomina sarcoma significa que el tumor es maligno (canceroso).

Los sarcomas de tejidos óseos y blandos son los más prevalentes. Los sarcomas de tejidos blandos se pueden originar en tejidos adiposos, musculosos, nerviosos, fibrosos, en los vasos sanguíneos y en tejidos profundos de la piel. Pueden encontrarse en cualquier parte del cuerpo.

La mayoría de los sarcomas se originan en los brazos o en las piernas. Los pacientes que tienen antecedentes familiares de sarcomas, presentan un mayor riesgo de padecerlos. Los genes que han cambiado (mutado) se pueden detectar con pruebas genéticas, así que tras el diagnóstico de un paciente, los miembros de la familia deben plantear esta opción con sus médicos puesto que esto es uno de los principales factores de riesgo que se conocen de la enfermedad.

No se recomienda ningún tipo de prueba o examen para las personas que no tienen antecedentes familiares de sarcoma, ni otros factores de riesgo.

El diagnóstico por imagen es esencial en el manejo de pacientes con sarcomas, ya que permite la detección, caracterización y seguimiento de estas lesiones.

En el ámbito del radiodiagnóstico, existen varias técnicas de imagen que se utilizan para evaluar los sarcomas, entre ellas:

- Radiografía
- Ecografía
- Tomografía computarizada (TC)
- Resonancia magnética (RM)
- Tomografía por emisión de positrones (PET)

En el apartado resultados, entraremos en mas detalle sobre las técnicas anteriormente mencionadas.

2 Objetivos

- Describir las principales pruebas de imagen para el diagnóstico y la detección del sarcoma realizadas por el técnico superior en imagen y diagnostico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 diagnóstico por imagen es esencial en el manejo de pacientes con sarcomas, ya que permite la detección, caracterización y seguimiento de estas lesiones.

En el ámbito del radiodiagnóstico, existen varias técnicas de imagen que se utilizan para evaluar los sarcomas, entre ellas:

- Radiografía: la radiografía convencional puede ayudar a detectar la presencia de lesiones óseas en algunos tipos de sarcomas, como el osteosarcoma.
- Ecografía: la ecografía es una técnica de imagen no invasiva que se utiliza para evaluar la extensión local de los sarcomas, así como para guiar biopsias.
- TC: la TC es una técnica de imagen que utiliza rayos X para generar imágenes detalladas de las estructuras anatómicas. La TC es útil para evaluar la extensión local de los sarcomas y para guiar biopsias.
- RM: la RM es una técnica de imagen no invasiva que utiliza ondas de radio y campos magnéticos para generar imágenes detalladas de las estructuras anatómicas. La RM es particularmente útil para evaluar la extensión local de los sarcomas, la invasión de estructuras adyacentes y la presencia de metástasis.
- PET: la PET es una técnica de imagen que utiliza una sustancia radiactiva para evaluar la actividad metabólica de las células tumorales. La PET es útil para evaluar la extensión local de los sarcomas, así como para detectar metástasis en otros órganos.

En general, el radiodiagnóstico juega un papel fundamental en la evaluación y manejo de pacientes con sarcomas. La elección de la técnica de imagen dependerá de varios factores, como el tipo y la localización del sarcoma, así como la finalidad de la evaluación.

El técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) es un profesional clave en este proceso, ya que su capacidad para interpretar las imágenes y guiar la toma de decisiones clínicas es esencial para el cuidado de estos pacientes.

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 el radiodiagnóstico. El técnico juega un papel fundamental en la evaluación y manejo de pacientes con sarcomas.

La elección de la técnica de imagen dependerá de varios factores, como el tipo y la localización del sarcoma, así como la finalidad de la evaluación.

El TSID es un profesional clave en este proceso, ya que su capacidad para interpretar las imágenes y guiar la toma de decisiones clínicas es esencial para el cuidado de estos pacientes.

6 Bibliografia

1. Dudeck O, Zeile M, Pink D, Pech M, Tunn PU, Reichardt P, et al. Diffusion-weighted magnetic resonance imaging allows monitoring of anticancer treatment effects in patients with soft-tissue sarcomas. *J Magn Reson Imaging*. 2008 May; 27 (5): 1109-13.
2. Padhani AR, Khan AA. Diffusion-weighted (DW) and dynamic contrast-enhanced (DCE) magnetic resonance imaging (MRI) for monitoring anti-cancer therapy. *Targ Oncol*. 2010; 5: 39-52.
3. Wang X, Jacobs MA, Fayad L. Therapeutic response in musculoskeletal soft tissue sarcomas: evaluation by magnetic resonance imaging. *NMR Biomed*. 2011 July; 24 (6): 750-63.
4. Soldatos T, Ahlawat S, Montgomery E, Chalian M, Jacobs MA, Fayad LM. Multi-parametric assessment of treatment response in high-grade softtissue sarcomas with anatomic and functional MR imaging sequences. *Radiology*. 2016 Mar; 278 (3): 831-40. 6C.

Capítulo 328

LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL RADIODIAGNÓSTICO EN LA RADIOGRAFÍA DENTAL

RUBÉN PLAZA GUIJARRO

SANDRA MARTÍN GARCÍA

TOMAS MORENO REDONDO

ALICIA POLO LOPEZ

MARÍA LEDESMA LÓPEZ

1 Introducción

La radiología panorámica dental es una técnica de diagnóstico por imagen que utiliza rayos X para crear una imagen panorámica de los dientes, la mandíbula y las estructuras de soporte óseo en una sola toma radiográfica.

Durante el examen, el paciente se coloca en una posición determinada y se le pide que muerda suavemente en una varilla que sostiene el equipo de radiología panorámica. El equipo girará alrededor de la cabeza del paciente, tomando imágenes en múltiples direcciones y ángulos para crear una imagen panorámica completa de la boca.

La radiología panorámica dental es una herramienta valiosa para los dentistas, ya que les permite identificar problemas en los dientes, la mandíbula y las estructuras óseas, que de otra manera no serían visibles. Algunos de los problemas que se pueden detectar mediante la radiología panorámica incluyen caries dentales, infecciones, quistes, fracturas, problemas de alineación de la mandíbula y crecimiento anormal de los dientes.

A diferencia de otras técnicas de radiodiagnóstico dental, la radiología panorámica es indolora y no invasiva. Además, se puede realizar en un corto período de tiempo, lo que la hace una opción conveniente para los pacientes. La radiología panorámica dental es una técnica de diagnóstico por imagen no invasiva que permite a los dentistas visualizar las estructuras óseas y los dientes de los pacientes.

2 Objetivos

Conocer la intervención del técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) en la realización de la radiografía 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La radiología panorámica es una técnica de radiodiagnóstico dental que se utiliza para obtener una imagen completa de la boca, los dientes y las estructuras de soporte óseo en una sola toma radiográfica.

Durante el examen de radiología panorámica, el paciente se coloca en una posición determinada mientras se utiliza un equipo especializado para capturar una imagen panorámica de los dientes, la mandíbula y los huesos de la cara. El proceso es rápido e indoloro y normalmente toma solo unos pocos minutos.

La radiología panorámica es una herramienta valiosa en la odontología, ya que permite al dentista visualizar áreas que de otra manera no podrían ser exam-

inadas, como las estructuras óseas y las raíces dentales. Esta técnica también puede ayudar en el diagnóstico de problemas como infecciones, quistes, tumores, fracturas y enfermedades periodontales.

La radiología panorámica es una técnica de radiodiagnóstico dental útil y no invasiva que permite obtener una vista completa de los dientes, la mandíbula y los huesos de la cara en una sola toma radiográfica. Esta técnica ayuda a los dentistas a identificar problemas y a desarrollar planes de tratamiento precisos para sus pacientes. Esta técnica es especialmente útil para identificar problemas que de otra manera no serían visibles y ayuda a los dentistas a desarrollar planes de tratamiento precisos para sus pacientes. Encontramos que:

- La precisión diagnóstica de la radiología panorámica en la detección de caries dentales, enfermedad periodontal, quistes y tumores, y otras anomalías.
- La eficacia de la radiología panorámica en la planificación del tratamiento dental, como la colocación de implantes dentales, ortodoncia y cirugía oral.
- La seguridad del paciente en relación con la exposición a la radiación, y cómo los profesionales de la odontología pueden minimizar la exposición.
- La utilidad de la radiología panorámica en la educación del paciente, permitiéndoles visualizar y entender mejor su estado de salud dental.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir tras la revisión de los artículos analizados en nuestro trabajo que, la radiología panorámica odontológica es una herramienta valiosa para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades dentales y maxilofaciales según el técnico superior en imagen para el diagnóstico. Se podría concluir también que la radiología panorámica es segura cuando se utiliza adecuadamente y que puede ser una herramienta importante en la educación del paciente. Además, se podrían señalar recomendaciones para su uso eficaz en la práctica clínica, como la necesidad de una evaluación individualizada de cada paciente y el uso de la radiología panorámica en combinación con otras técnicas de diagnóstico para una evaluación más completa.

6 Bibliografía

1. Misra H, Boruah L, Rajkumar B, Patel J, Kadam A. Non-syndromic bilateral mandibular supernumerary premolars: A case report with CBCT. Indian Journal of Conservative and Endodontics. [Internet]. 2018; 3(4): 142-144.

2. Tworkowski K, Gasowska E, Baryla D, Gabiec K. Supernumerary Teeth – Literature Review. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*. [Internet]. 2020; 14(1); 18-21.
3. Ziad N. Hyperdontia: exploring the Developmental Abnormality. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*. [Internet]. 2020; 14 (4): 178 - 183. Disponible en: <http://www.jpccr.eu/HyperdontiaExploring-the-Developmental-Abnormality,130372,0,2.html>.
4. Jung YH, Kim JY, Cho BH. The effects of impacted premaxillary supernumerary teeth on permanent incisors. *Imaging Science in Dentistry*. [Internet]. 2016; 46(4): 251-258. Disponible en: <https://isident.org/DOIx.php?id=10.5624/isd.2016.46.4.251>.
5. Issrani R, Alrayes A, Srinivasan A, Prabhu N, Khan Z, Gamal M, et al. Multiple bilateral supernumerary teeth in a non-syndromic female patient – A case report with a comprehensive review. *Int. J. Res. Pharm. Sci*. [Internet] 2020; 11(4): 7822-7826.

Capítulo 329

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL RADIODIAGNÓSTICO EN LA RADIOLOGÍA MAMARIA

RUBÉN PLAZA GUIJARRO

SANDRA MARTÍN GARCÍA

TOMAS MORENO REDONDO

ALICIA POLO LOPEZ

MARÍA LEDESMA LÓPEZ

1 Introducción

La radiología mamaria es una rama de la radiología que se centra en la evaluación de las mamas utilizando técnicas de imagen. El objetivo principal de la radiología mamaria es la detección y diagnóstico temprano del cáncer de mama y otras enfermedades mamarias.

La mamografía es la técnica más utilizada en la radiología mamaria y es el estudio de elección para el cribado del cáncer de mama. Consiste en la obtención de imágenes de las mamas mediante la compresión del tejido mamario entre dos placas y la aplicación de radiación ionizante. Las imágenes obtenidas se utilizan para detectar anomalías en las mamas, como masas o calcificaciones, que pueden indicar la presencia de cáncer.

Otras técnicas de imagen utilizadas en la radiología mamaria incluyen la ecografía y la resonancia magnética mamaria. La ecografía utiliza ondas sonoras para obtener imágenes de las mamas y se utiliza para evaluar las anomalías detectadas en la mamografía. La resonancia magnética mamaria utiliza un campo magnético y ondas de radio para obtener imágenes detalladas de las mamas y se utiliza en casos en los que la mamografía y la ecografía no proporcionan información suficiente.

Los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico y radiodiagnóstico tienen un papel importante en la realización de estudios de radiología mamaria.

2 Objetivos

Conocer el papel del técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) en la realización de la radiografía de mama.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas.

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre septiembre de 2022 y enero de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión sistemática fue: (“breast x-ray” OR x-ray) AND (“image for diagnosis” OR “senior diagnostic imaging technician” OR TSID).

4 Resultados

Encontramos en los estudios analizados en nuestra revisión que la radiología mamaria es una herramienta importante en la detección y diagnóstico de enfermedades mamarias, incluyendo el cáncer de mama. Los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico y radiodiagnóstico juegan un papel fundamental en la realización de estudios de radiología mamaria con y sin contraste.

La mamografía es el estudio de elección para el diagnóstico temprano del cáncer de mama y se puede realizar con o sin contraste. La mamografía con contraste,

también conocida como mamografía dinámica o de sustracción, implica la administración de un agente de contraste a través de una inyección intravenosa antes de realizar la mamografía. Esto permite una mayor detección de lesiones en la mama y una mejor evaluación de la vascularización de las mismas.

Los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico y radiodiagnóstico deben estar capacitados para administrar el contraste de manera segura y efectiva, y para asegurarse de que se tomen las imágenes correctas para una interpretación precisa por parte del radiólogo. Además, deben estar capacitados para proporcionar una atención empática y compasiva a los pacientes durante los estudios de radiología mamaria, que a menudo pueden ser incómodos o dolorosos.

La radiología mamaria con y sin contraste es una herramienta importante en la detección y diagnóstico del cáncer de mama y otros trastornos mamarios. Los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico y radiodiagnóstico tienen un papel crucial en la realización de estos estudios y en la atención compasiva y efectiva de los pacientes.

Deben estar capacitados para obtener imágenes de alta calidad, asegurarse de que se tomen las imágenes adecuadas para una interpretación precisa y garantizar que los pacientes estén cómodos y seguros durante el procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir tras el análisis de los artículos seleccionados en nuestra revisión que el técnico superior en imagen para el diagnóstico y la relación con la radiología mamaria es una herramienta importante en la detección y diagnóstico temprano del cáncer de mama y otras enfermedades mamarias. Los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico y radiodiagnóstico tienen un papel fundamental en la realización de estos estudios y en garantizar la atención segura y efectiva de los pacientes. La tomografía computarizada (TC) mamaria es un tipo de examen de imagen que utiliza rayos X y una computadora para crear imágenes detalladas de la mama.

Durante el examen, la paciente se coloca boca abajo en una mesa de exploración y se hace pasar a través de un anillo en forma de donut que contiene un tubo de rayos X y detectores de radiación. La TC mamaria se utiliza principalmente para evaluar lesiones sospechosas encontradas en una mamografía o en una exploración clínica.

6 Bibliografía

1. Narayan A, Dromi S, Meeks A, Gomez E, Lee B. Breaking Bad News: A Survey of Radiology Residents' Experiences Communicating Results to Patients. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2018;47:80–3.
2. Adler DD, Riba MB, Eggly S. Breaking bad news in the breast imaging setting. *Acad Radiol*. 2009;16:130–5.
3. Sunshine JH, Maynard CD. Update on the diagnostic radiology employment market: findings through 2007-2008. *J Am Coll Radiol*. 2008;5:827–33.
4. Bassett LW, Monsees BS, Smith RA, Wang L, Hooshi P, Farria DM, et al. Survey of radiology residents: breast imaging training and attitudes. *Radiology*. 2003;227:862–9.
5. Dick JF, 3rd, Gallagher TH, Brenner RJ, Yi JP, Reisch LM, Abraham L, et al. Predictors of radiologists' perceived risk of malpractice lawsuits in breast imaging. *AJR Am J Roentgenol*. 2009;192:327–33.
6. Hardy SM, Kornguth PJ, Baum JK. Massachusetts radiology resident attitudes toward mammography. *J Am Coll Radiol*. 2005;2:432–5.
20. Delgado Bueno S. BMFyGCJC. Medicina Legal en Radiología de Mama: SEDIM; 2020. Disponible en: <http://www.sedim.es/nueva/medicina-legal-en-radiologia-demama/>.

Capítulo 330

DETERMINACIÓN ANALÍTICA DE AMILASA, LIPASA Y COLINESTERASA EN EL LABORATORIO

CELIA GONZALEZ-REFORMA IBÁÑEZ

ROCÍO DEL RAMO ROMERO

INMACULADA PASTOR SICILIA

CRISTINA LOPEZ MARTINEZ

DAVID GARCÍA RUBIO

1 Introducción

Una proteína que cataliza una reacción química se conoce como enzima (biocatalizador). Esa reacción química no puede ocurrir sin la presencia de esa enzima. Están codificadas por genes y los cambios en estos genes dan como resultado déficits cuantitativos o cualitativos de esas enzimas (errores metabólicos congénitos o innatos).

Existen dos tipos de enzimas: las intracelulares y las extracelulares.

Las enzimas para tener actividad catalítica necesitan un cofactor que debe estar presente para que esta funcione, el cofactor nunca es proteico. Si es orgánico, el cofactor se llama coenzima. Si es inorgánico se habla de cofactor inorgánico y son los metales.

La amilasa, la lipasa y la colinesterasa son enzimas que se analizan en el laboratorio por técnicas de espectrofotometría colorimétrica. Estas técnicas analíticas permiten determinar la concentración de un compuesto en solución. Tienen en cuenta la intensidad de la luz en función del color.

Su determinación analítica se basa en diagnosticar patologías a través del descenso o aumento de sus valores de normalidad. Las muestras que se utilizan para el análisis son suero o plasma heparinizado, es decir, con la adicción de un anticoagulante.

Los motivos por los cuales una de estas enzimas puede aumentar en plasma son:

- Obstrucción de la secreción celular. Pancreatitis (amilasa), no se libera al duodeno, se acumulan y se liberan a la sangre.
- Menor degradación o eliminación de ellas. Insuficiencia renal.

2 Objetivos

Conocer cual es la finalidad de realizar determinaciones analíticas de estas enzimas. Saber cual es su importancia en el laboratorio para el diagnóstico de patologías.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda de artículos y publicaciones relacionadas las enzimas: lipasa, amilasa y colinesterasa 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

El análisis de estas enzimas tiene gran interés clínico en el laboratorio. Son las siguientes:

Amilasa: se localizan en las glándulas parótidas y páncreas. Son un reflejo de la función del páncreas. Los valores normales en sangre oscilan entre 25-125 U/L.

Aumentan en enfermedades parótidas, como las paperas (virus de la parotiditis). En la pancreatitis aguda es donde más aumenta la amilasa, hay destrucción de células y el contenido se vierte al exterior y aumenta en sangre la amilasa. Es un marcador bueno de pancreatitis aguda. No existe correlación entre los niveles de amilasa y tener pancreatitis aguda.

Otra causa de aumento de la amilasa es la insuficiencia renal, porque se secreta por la orina.

Se mide en urgencias, y el cuadro típico es dolor abdominal.

Se analiza por espectrofotometría colorimétrica. La muestra es suero o plasma heparinizado.

Lipasa: es una enzima hidrolítica que se produce fundamentalmente en el páncreas, también hay una lipasa gástrica.

Causas de aumento de lipasa: puede aumentar en enfermedades del estómago, pero ahí no se mide. Donde más aumenta es en las pancreatitis agudas, se correlaciona más los niveles de lipasa con la pancreatitis y la insuficiencia renal no aumenta la lipasa.

Los valores normales son 10-30 U/L.

Se mide por espectrofotometría colorimétrica.

Colinesterasa: es una enzima que degrada la acetil colina y otros compuestos similares como la succinilcolina. Los niveles que hay en sangre son reflejo de los niveles que hay en músculo, porque esta enzima se localiza en el espacio intersináptico entre los axones de las células motoras.

Se analiza en urgencias, en dos contextos: en la intoxicación por IOP (insecticidas organofosforados) y los anestesiólogos, cuando van a introducir un relajante muscular en la anestesia (succinilcolina A) es un fármaco muy tóxico que tarda mucho en recuperarse de la anestesia y se elimina con la acetil colinesterasa, esta enzima se mide antes de la anestesia para saber si se puede usar la anestesia.

Se analiza para ver descensos.

5 Discusión-Conclusión

El laboratorio tiene una labor fundamental con el análisis de estas enzimas, ya que los resultados que emitan van a permitir al médico que ha solicitado estas pruebas poder diagnosticar una patología.

Las técnicas de espectrofotometría se utilizan en el laboratorio para analizar más sustancias, pero en las determinaciones relacionadas con enzimas cobran gran importancia, ya que dan resultados muy precisos.

La amilasa, la lipasa y la colinesterasa aportan gran información en enfermedades pancreáticas y renales, pero también permite identificar intoxicaciones y servir de guía para los anestesiólogos cuando van a determinar que cantidades van a inocular a un paciente y no dar lugar a una intoxicación por fármaco.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-amilasa/>
<https://ichgcp.net/es/clinical-trials-registry/NCT05310188>

Capítulo 331

LESIONES APENDICULARES MUCINOSAS

ANA ISABEL PÉREZ EGEA

MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA

FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO

MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO

1 Introducción

Según el Grupo Internacional de Oncología de Superficie Peritoneal (PSOGI), las lesiones apendiculares mucinosas (LAM) se clasifican en no neoplásicas (simples o quistes de retención) o neoplásicas (pólipos serrados, mucinosas y adenocarcinomas mucinosos (pseudomixoma peritoneal)).

Los mucocelos simples o quistes de retención se caracterizan por cambios epiteliales degenerativos debido a obstrucción (fecalito) y distensión, sin evidencia de hiperplasia o neoplasia de la mucosa.

También se les conoce como mucocelos inflamatorios u obstructivos.

Los pólipos serrados del apéndice, con o sin displasia, se parecen a las lesiones serradas del colon, pero tienen características moleculares diferentes. Anteriormente, las lesiones serradas que carecían de displasia se llamaban “pólipos hiperplásicos” del apéndice si eran focales e “hiperplasia de la mucosa” si eran planas y circunferenciales o difusas.

Por lo general, estos no se asocian con fibrosis o engrosamiento de la pared apendicular o pérdida de la lámina propia.

Las neoplasias mucinosas del apéndice son tumores mucinosos displásicos. Estos demuestran un frente de empuje con lenguas de epitelio que se diseca hacia afuera en la muscularis mucosae, pero están confinados por la muscularis propia y carecen de un patrón de crecimiento infiltrativo, invasión destructiva o reacción desmoplásica del estroma.

Estos tumores pueden clasificarse como neoplasias mucinosas de bajo grado (LAMN) o de alto grado (HAMN) si tienen áreas con características citológicas de alto grado.

Los adenocarcinomas mucinosos demuestran una invasión francamente infiltrativa, cuyas características incluyen gemación tumoral (células tumorales discohesivas o grupos de hasta cinco células) y/o glándulas pequeñas e irregulares, típicamente dentro de un estroma desmoplásico caracterizado por una matriz extracelular rica en proteoglicanos que contiene fibroblastos/miofibroblastos activados con núcleos vesiculares.

Se pueden clasificar en adenocarcinomas mucinosos moderadamente o poco diferenciados, la presencia de células en anillo de sello automáticamente lo clasifica como pobremente diferenciado.

Los adenocarcinomas apendiculares pueden ser mucinosos o no mucinosos.

Los mucinosos se definen como glándulas invasivas que contienen atípica citológica de alto grado y mucina extracelular que constituye el 50% del área transversal de la lesión bajo el microscopio.

Las neoplasias apendiculares pueden perforar y diseminarse a la cavidad peritoneal.

El término pseudomixoma peritoneal (PMP) está determinado por el alto grado de celularidad dentro de la mucina (características histológicas acelulares de bajo grado, de alto grado y células en anillo de sello).

Otras causas de lesiones ileocecales, como tuberculosis, tiflitis, actinomicosis, tumores carcinoides y lesiones debidas a fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINE), se analizan por separado.

2 Objetivos

- Explicar los distintos tipos de lesiones apendiculares mucinosas.
- Describir cuáles son las manifestaciones clínicas de esta patología.

- Conocer cómo se realiza su diagnóstico.

3 Caso clínico

CASO CLÍNICO 1

Una paciente femenina de raza blanca de 53 años acude a urgencias del Hospital Universitario

Virgen de la Arrixaca con dolor abdominal agudo en el cuadrante inferior derecho, asociado a náuseas, con dolor a la palpación en dicha zona.

Después del chequeo inicial y los exámenes de imagen, los doctores averiguan que también tiene una masa palpable. Tras estar ingresado varias horas se le realiza una cirugía por laparoscopia, donde se encuentra un tumor apendicular gigante de 22 cm × 12 cm.

Los doctores creen que se trata de un mucocoele apendicular, debido a la apariencia macroscópica. Más tarde se confirma mediante el examen patológico.

La paciente fue dada de alta a las 48 horas de ser operada con evolución favorable y pendiente del resultado más preciso del laboratorio anatomopatológico, el cual confirmó el diagnóstico inicial macroscópico.

CASO CLÍNICO 2

Un paciente varón de 48 años de edad, sin antecedentes médicos/quirúrgicos de importancia, ingresa en urgencias del hospital de Valencia, con un dolor abdominal bastante intenso, de dos días de evolución en la fosa ilíaca derecha.

Después de pasar unas horas en la sala de espera, pasa a la consulta, donde será valorado por el cirujano de general. Tras la exploración del doctor y palpación de una masa, este decide realizar una apendicectomía tradicional de emergencia. En esta descubren una masa apendicular de gran tamaño, engrosado y translúcido, de 7 x 5 cm, con contenido purulento de aproximadamente 75 ml.

Al finalizar la operación, se envía la pieza quirúrgica fijada en formol, al servicio de anatomía patológica de dicho hospital. El resultado de la biopsia tiene como diagnóstico la confirmación de un quiste mucinoso de apéndice cecal.

En ambos casos se sigue el control tras la operación.

4 Discusión-Conclusión

Las lesiones mucinosas apendiculares generalmente se descubren de manera incidental durante una evaluación radiológica o endoscópica por quejas no relacionadas o en la muestra patológica de una apendicectomía.

Los pacientes suelen ser asintomáticos o tener síntomas inespecíficos. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal agudo o crónico en el cuadrante inferior derecho. En ocasiones se palpa una masa abdominal.

Con menos frecuencia, los pacientes pueden presentar dolor cólico intermitente y hemorragia gastrointestinal asociada con intususcepción del mucocoele, obstrucción intestinal por efecto de masa, síntomas genitourinarios por obstrucción del uréter derecho, raramente, abdomen agudo por rotura de mucocoele o sepsis.

Las lesiones mucinosas que se deben a hiperplasia (pólipos serrados) o quistes de retención (mucocoeles simples) no se asocian con recurrencia una vez que se rompen. Por el contrario, la rotura de lesiones mucinosas neoplásicas del apéndice, como las neoplasias mucinosas de bajo grado, de alto grado o los adenocarcinomas mucinosos, pueden provocar una diseminación intraperitoneal progresiva y acumulación de ambas ascitis mucinosas y células neoplásicas, lo que resulta en un síndrome denominado pseudomixoma peritoneal. Las características del PMP se analizan por separado.

El diagnóstico diferencial de un mucocoele apendicular radiográfico incluye apendicitis, neoplasias apendiculares no mucinosas (leiomioma, fibroma, tumor neuroendocrino, lipoma, adenocarcinoma no mucinoso del apéndice) y un quiste mesentérico o de duplicación por su apariencia en la tomografía computarizada abdominal.

Por ejemplo, la presencia de inflamación periapendicular absceso sugiere apendicitis aguda y no suele observarse con lesiones mucinosas apendiculares, dado que hasta el 30% de los pacientes con apendicitis complicada pueden tener tumores mucinosos.

5 Bibliografía

- Misraji J. Neoplasias epiteliales mucinosas del apéndice y pseudomixoma peritoneal. ModPathol 2015.

- Carr NJ, Cecil TD, Mohamed F, et al. Un consenso para la clasificación y el informe patológico del pseudomixoma peritoneal y la neoplasia apendicular asociada.

Capítulo 332

LA ENFERMEDAD DE HODGKIN

CARMEN MORENO

FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ

JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ

ANDREA GARCÍA

ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ

1 Introducción

La enfermedad de Hodgkin es un tipo de linfoma. El linfoma es un tipo de cáncer cuyo origen está en el sistema linfático, por ende, forma parte del sistema inmunológico del cuerpo humano.

Los ganglios linfáticos tienen la función en nuestro organismo de producir y almacenar células que nos ayudan a combatir infecciones o enfermedades futuras que se puedan introducir en nuestro organismo. Por ello, el ser humano presenta tejido linfático en varias partes de su cuerpo, como puede ser el bazo, el timo o las amígdalas. Por ello, la enfermedad de Hodgkin puede comenzar en casi cualquier parte de nuestro cuerpo y el cáncer puede esparcirse a cualquier órgano o tejido como puede ser el hígado, la médula ósea o el bazo.

El sistema linfático está formado por 2 tipos de linfocitos, es decir, glóbulos blancos:

- Linfocitos B: que son proteínas que reciben el nombre de anticuerpos y ayudan al organismo a protegerse contra las bacterias y virus.

-Linfocitos T: con numerosos tipos y funciones, destacan las que se encargan de destruir células anormales o desaceleran la actividad de otras células de nuestro organismo.

Se dividen en 2 tipos: linfomas de la enfermedad de Hodgkin(HL) o linfomas no Hodgkin(NHL). Estos provienen de dos tipos diferentes de células que tienen comportamientos, propagaciones y respuesta al tratamiento de manera completamente distinta.

Por lo común, la enfermedad de Hodgkin se inicia en los linfocitos B.

2 Objetivos

- Informar sobre la enfermedad de Hodgkin, en que consiste, su origen, sus causas, síntomas, etapas e incidencia que presenta.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. Síntomas

Si durante más de dos semanas el paciente presenta alguno de estos signos deberán ser examinados por un médico:

-Fiebre

-Hinchazón indolora en la zona de los ganglios linfáticos del cuello, axila o ingle.

-Sudoración nocturna.

-Cansancio permanente.

2. DIAGNÓSTICO

Su diagnóstico se basa en la realización de una biopsia con el suficiente tejido como para realizar una técnica microscópica precisa. El lugar donde se toman debe de ser en los ganglios linfáticos mediante una punción-aspiración con aguja fina.

3. DETERMINACIÓN

Tras el procesamiento de la prueba, es decir, tras conocer los resultados de la biopsia, se realiza una clasificación anatomopatológica de las células que muestran los resultados.

Frecuentemente, simplemente con la observación de la muestra con el microscopio es suficiente pero en el laboratorio se realizan pruebas inmunohistoquímicas, con las que, por ende, se identifican ciertas proteínas como la CD15 y la CD30.

4. ETAPAS

Una vez diagnosticado, se harán pruebas complementarias para determinar la diseminación del cáncer en el lugar en el que se encuentre. Para esta enfermedad se emplean las siguientes etapas:

4.1. Etapa I

El cáncer se encuentra localizado en una de las áreas de los ganglios linfáticos o en una sola área de un órgano.

4.2. Etapa II

El cáncer se encuentra en dos o más áreas de los ganglios cerca del diafragma, el cual puede encontrarse también diseminado.

4.3. Etapa III

Se encuentra a ambos lados del diafragma y se encuentran órganos cercanos diseminados por el cáncer.

4.4. Etapa IV

El cáncer se encuentra diseminado en más de un sitio en uno o varios órganos con células cancerosas en estos.

4.5. Etapa recurrente

Esto significa que el cáncer ha vuelto a aparecer después de haber sido tratado, repitiéndose en el mismo órgano u apareciendo en otra parte del cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Hodgkin en adultos afecta con más frecuencia a jóvenes y personas mayores de 55 años de edad. Además, suele aparecer con más frecuencia en pacientes que presentan síndromes de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Asimismo, puede ocurrir en niños y es completamente diferente a los adultos. La incidencia de esta enfermedad supone un 1% de todos los cánceres. En Europa encontramos 3 casos nuevos al año por cada 100.000 habitantes. Destaca en varones.

Como conclusión final es importante tener una palpación paulatina en nuestros ganglios linfáticos más destacados para poder observar cualquier anomalía que se pueda presentar y que no siempre significa que sean células cancerosas.

6 Bibliografía

- 1.Linfoma de Hodgkin (enfermedad de Hodgkin) - Síntomas y causas - Mayo Clinic
[Internet]. [citado en septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hodgkins-lymphoma/symptoms-causes/syc20352646>Cáncer en pacientes viviendo con VIH/SIDA | Betancourt Gambino |.
- 2.Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. [citado en septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/324/188>.
- 3.Pruebas para diagnosticar el linfoma de Hodgkin [Internet]. [citado en septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/linfoma-hodgkin/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html>.

Capítulo 333

ESTUDIO DE LA MAMA MEDIANTE EL MAMÓGRAFO

M^a DOLORES GIMÉNEZ MORCILLO

1 Introducción

La glándula mamaria está formada por piel, tejido subcutáneo, tejido fibroglandular, grasa, músculo pectoral y los ligamentos de cooper que unen el tejido fibroglandular al músculo pectoral. Está compuesta por lóbulos y conductos, estos últimos comprenden secciones más pequeñas llamadas lobulillos y a la vez terminan en bulbos minúsculos que pueden producir leche.

Toda la mama está irrigada por vasos sanguíneos y linfáticos, el sistema linfático drena los productos de desecho corporal y los vasos linfáticos se conectan a los ganglios linfáticos. Los ganglios centinelas son los primeros ganglios hacia los que drena un tumor y se localizan por debajo del brazo.

El cáncer de mama es una enfermedad en la cual las células de la mama se multiplican sin control, ya que aumentan enormemente su capacidad reproductiva pudiendo causar graves lesiones o incluso pudiendo alcanzar la sangre o el sistema linfático. Allí pueden adherirse a los tejidos y crecer dando lugar a la metástasis. La técnica utilizada más frecuente y con mejores resultados para el diagnóstico precoz es la mamografía ya que permite detectar pequeñas lesiones incluso cuando no son palpables dando la oportunidad de ser estudiadas y tratadas de forma oportuna.

Dependiendo de la finalidad de la mamografía a realizar podemos encontrar dos tipos de pacientes: pacientes asintomáticas a las cuales se le realiza mamografía de screening o cribado y pacientes sintomáticas a las que se realiza mamografía diagnóstica.

2 Objetivos

- Profundizar en la importancia de la mamografía como método diagnóstico analizando las posibilidades que nos ofrece el mamógrafo.
- Analizar aspectos generales en los protocolos de mamografía.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para realizar las mamografías disponemos como material fundamental del mamógrafo incluyendo también sus accesorios (palas de compresión, torre de magnificación).

Un mamógrafo es un equipo de rayos X especialmente diseñado para la realización de estudios mamográficos. El equipo debe poseer una capacidad de discriminación entre densidades radiográficas similares para poder diferenciar entre un tumor u otro tejido parecido, ya que la mama es una zona anatómica que presenta una estructura con tejidos “blandos” de densidades similares (tejido glandular, fibroso y adiposo).

Un mamógrafo tiene que ser capaz de realizar radiografías en las que se obtenga una resolución de alto contraste que nos permita distinguir pequeñas diferencias entre tejidos sanos y entre lesiones.

En resumen un mamógrafo debe tener buen contraste, buena resolución espacial y realizar la imagen con la mínima radiación posible.

Una de las partes fundamentales del mamógrafo es la pala de compresión que se utiliza para comprimir la mama, de esta forma se consigue mayor nitidez, mayor contraste así como reducir la dosis de radiación que recibe la paciente.

Existen varias palas de compresión dependiendo de varios factores:

- Tamaño de la mama
- Tipo de proyección

Las proyecciones son las distintas formas en las que se puede proyectar el rayo para obtener la imagen de la zona de interés sobre la que vamos a realizar el

estudio.

Las proyecciones estándar son las más utilizadas, incluyen la práctica totalidad del tejido mamario en la mayoría de las pacientes, proporcionando una visión tridimensional y son las siguientes:

- Proyección craneocaudal
- Proyección Oblicua medio lateral

Las proyecciones adicionales son las utilizadas cuando no se puede incluir la totalidad del tejido mamario en las proyecciones estándar. Existen multitud de proyecciones adicionales dependiendo de la posición de la mama, la entrada del haz de rayos X y del área que se va a estudiar.

Para llevar a cabo la mamografía es importante informar a la paciente en el caso de no haberse realizado nunca esta prueba y para ello tomamos una actitud tranquilizadora. Informamos a la paciente sobre como se realiza la prueba, en que consiste y también le decimos que tiene que desvestirse de cintura para arriba y quitarse todo objeto metálico de la zona a explorar.

Una vez informada a la paciente procedemos a realizar la prueba. Para ello se realizan dos tipos de proyecciones en cada mama, la proyección craneocaudal y la oblicua mediolateral, excepto en algunos casos donde es importante examinar zonas de la mama en concreto en cuyos casos se hacen las proyecciones adicionales que correspondan.

5 Discusión-Conclusión

La mamografía se puede realizar como método de cribado para la detección precoz del cáncer de mama pudiendo detectar tumores de muy pequeño tamaño que todavía no han llegado a desarrollarse, lo que permite poder hacer la elección del tratamiento más adecuado e incluso proceder a su extracción.

La detección precoz de casos de cáncer de mama mediante una mamografía también ha significado que una mayor cantidad de mujeres que se encuentran en tratamiento por cáncer de mama puedan conservar sus mamas. Si se detecta en las etapas iniciales, el cáncer localizado se puede extirpar sin necesidad de extirpar la mama.

La mamografía también se puede realizar como método de diagnóstico en pacientes que ya tienen síntomas relacionados con patologías mamarias. Algunos de estos síntomas pueden ser la existencia de un nódulo palpable, secreción del pezón, inflamación etc.

Las proyecciones Craneocaudal y Oblicua mediolateral permiten en la mayoría de los casos incluir todo el tejido mamario e identificar correctamente la posible

lesión. También existen proyecciones adicionales que hacen posible un estudio más detallado de la mama.

Las palas de compresión nos proporcionan numerosas ventajas como puede ser la extensión de tejidos que nos permite separar las estructuras glandulares por lo que el solapamiento de estructuras se reduce contribuyendo a una mejor evaluación de la imagen. Si no hay compresión el grosor de la mama no disminuye y por tanto la dosis de radiación es mayor por otro lado la radiación dispersa aumenta al ser mayor el grosor y por tanto la resolución de contraste se ve afectada.

6 Bibliografía

1. <https://www.cirugiasdelamama.com/anatomia-de-la-mama>.
2. <https://godieboy.com/2019/04/proyecciones-mastograficas.html>.

Capítulo 334

STAPHYLOCOCCUS AUREUS

ANDREA GARCÍA

CARMEN MORENO

FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ

JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ

ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ

1 Introducción

El *Staphylococcus aureus* es la principal especie patógena de su género, agente causal frecuente de diversas infecciones de origen tanto comunitario como nosocomial. El interés actual por el estudio de este patógeno se debe bien a su alta frecuencia, bien a que representa, en el caso de las cepas resistentes a meticilina (aislados de MRSA), una de las principales causas de brotes de infecciones nosocomiales en nuestro país.

Staphylococcus aureus pertenece a la familia *Staphylococcaceae*. Es Gram positivo, aunque cepas antiguas o microorganismos fagocitados tiñen Gram negativo. Tienen forma de coco y pueden aparecer en parejas, cadenas o grupos. Miden entre 0,8 y 1,5 micrómetros de diámetro, son inmóviles y algunas cepas producen una cápsula externa viscosa que aumenta su capacidad de provocar infección. En cuanto a su metabolismo, es facultativamente anaerobio, coagulasa positivo, catalasa positivo y oxidasa negativo.

Por lo general las personas se infectan con MRSA por contacto directo con personas infectadas o con productos y dispositivos de atención médica contami-

nados. MRSA es particularmente problemático en los hospitales, donde los pacientes con sistemas inmunológicos debilitados son vulnerables a las infecciones. Se ha detectado una cepa específica de MRSA (CC398) en animales productores de alimentos, particularmente cerdos, terneros y pollos de cuidados intensivos, y también se han detectado varias cepas en caballos y animales domésticos.

2 Objetivos

Dar a conocer las bacterias *Staphylococcus aureus*, sus tipos, la resistencia a la meticilina, su tratamiento y la manera de prevenirlo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Staphylococcus aureus es la más peligrosa de todas las bacterias *Staphylococcus* y existen muchos tipos. Las bacterias Grampositivas en forma de coco generalmente causan infecciones de la piel, pero también pueden causar acidosis, enfermedades cardíacas y óseas, y son resistentes a algunos antibióticos.

Las bacterias se transmiten de persona a persona a través del contacto directo o a través de objetos contaminados y, rara vez, a través de gotitas infectadas que se transmiten al estornudar o toser.

Los portadores son personas que tienen la bacteria pero no presentan ningún síntoma causado por la misma. Los portadores de la bacteria pueden transferirse de la nariz a otras partes del cuerpo a través de las manos. Las personas hospitalizadas o trabajadoras en el hospital son las más probables en ser portadoras.

Las infecciones por estafilococos más frecuentes son

- Infecciones cutáneas: donde las más comunes son:

1. La foliculitis: aparecen pequeños granitos de color blanco en la base de las hebras, a veces con una pequeña área roja a su alrededor.

2. Los forúnculos, también llamados como diviesos: es un bulto hinchado, rojo y doloroso en la piel, generalmente causado por un folículo piloso infectado. El conjunto de estos se llama carbunco.
 3. El impétigo: empieza como una pequeña ampolla o granito, que luego desarrolla una costra de color miel. Ocurre con mayor frecuencia en los niños pequeños, en la cara, manos o pies.
 4. La celulitis: área reducida de piel enrojecida, dolorosa, hinchada y caliente puede aparecer en cualquier parte del cuerpo pero es más frecuente en las piernas.
 5. Orzuelo: bulto rojo, doloroso y caliente cerca del borde del párpado.
 6. *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM): la mayoría de las infecciones por SARM afectan a la piel.
 7. El síndrome de la piel escaldada: sobre todo en recién nacidos y menores de 5 años. Empieza con una pequeña infección en la piel por estafilococos, pero las bacterias fabrican una toxina que afecta a la piel de todo el cuerpo. El niño tiene fiebre, una erupción y, a veces, ampollas. Cuando las ampollas revientan y la erupción desaparece, la capa superior de la piel se cae y la superficie de la piel queda roja y en carne viva, como si se tratara de una quemadura. Esta grave enfermedad afecta al cuerpo de la misma forma que las quemaduras graves. Es necesario tratarla en un hospital. Después del tratamiento, la mayoría de los niños se recuperan por completo.
 8. Infecciones de heridas: síntomas similares a los de la celulitis.
- Infecciones del torrente sanguíneo.
 - Endocarditis
 - Osteomielitis
 - Neumonía

Las pruebas para la identificación en el laboratorio son: microscopía, cultivo y pruebas bioquímicas.

Las muestras se pueden obtener de pus, sangre, LCR o aspirado traqueal.

Staphylococcus aureus resistentes a meticilina (SARM) son las cepas de bacterias que son resistentes a casi todos los antibióticos beta-lactámicos. La meticilina es un tipo de penicilina.

Las medidas más eficaces para controlar las infecciones por *S. aureus* en general y SARM en particular, son las barreras que limitan su extensión (el lavado de las manos antes y después de cualquier contacto con infectados, y el empleo de barreras que eviten el contacto con fluidos o sangre, como guantes de un solo uso y bata). Aunque en la mayoría de los servicios hospitalarios suele bastar con las precauciones habituales de contacto, en el transcurso de brotes con pacientes

afectos de neumonía por SARM, es necesario utilizar mascarilla.

5 Discusión-Conclusión

S. aureus se encuentra en el aire, el agua, los residuos, los alimentos, la maquinaria, pero la principal fuente son los animales y las personas: fosas nasales y la laringe, en la piel y en el pelo.

Los *Staphylococcus aureus* resistentes a la metilina (MRSA) son actualmente una causa importante de infección hospitalaria en muchos países europeos. Últimamente, ha emergido una cepa de MRSA llamada CC398, de la que a menudo son portadores asintomáticos los animales de producción, principalmente en sistemas de explotación intensivos.

Las infecciones por *Staphylococcus aureus* se tratan con antibióticos. El médico trata de determinar si las bacterias son resistentes a los antibióticos y, si es así, a qué antibióticos.

Podemos evitar la propagación lavándonos las manos con agua y jabón o aplicándonos alcohol desinfectante de manos.

6 Bibliografía

https://es.wikipedia.org/wiki/Staphylococcus_aureus

<https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/infecciones/infecciones-bacterianas-bacterias-grampositivas/infecciones-por-staphylococcus-aureus>
<https://www.insst.es/agentes-biologicos-basebio/bacterias/staphylococcus-aureus>

<https://seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/bacteriologia/sarm.pdf>

<https://acsa.gencat.cat/es/detall/article/Staphylococcus-aureus>

<https://kidshealth.org/es/parents/staphylococcus.html>

Capítulo 335

TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA REALIZACIÓN DE BIOPSIA POR MASTITIS

RAQUEL MARTINEZ RAMIREZ

1 Introducción

La mastitis es una de las infecciones mamarias causadas por bacterias comunes que se encuentran en el pecho, ocurre normalmente durante la lactancia o el puerperio. Las bacterias entran en la piel sana a través de una fisura o ruptura en la piel, por lo general por los pezones.

La infección tiene lugar en el tejido graso de la mama, puede ocasionar aumento de la mama, bultos, dolor, fiebre local, hinchazón, secreción, los ganglios axilares también se pueden ver afectados.

Si no se trata adecuadamente puede producirse abscesos o fistulas.

Son muchas las mujeres que suelen acudir al servicio de urgencias con este tipo de infección.

En los casos de mala evolución clínica, a pesar de tratamiento antibiótico, se realizará una ecografía mamaria y drenaje y aquí es donde el Técnico superior de imagen para el diagnóstico entra en el proceso. Seremos los encargados de preparar a la paciente, dar consentimiento informado, hablar con ella para tranquilizarla, la prueba durará unos pocos minutos, sentirá una ligera sensación de pinchazo. La mayor parte de la sensación se sentirá en el sitio de la incisión en la piel. El radiólogo dormirá el área con un anestésico local. Es posible que sienta presión cuando. Pero las molestias se irán pasando poco a poco hasta no sentir muchas molestias.

Durante la prueba estaremos a su lado para dar apoyo tanto al radiólogo como al paciente.

2 Objetivos

Explicar las funciones del Técnico superior de imagen para el diagnóstico en la realización de una biopsia por mastitis.

3 Caso clínico

Paciente que llega a nuestro servicio con un pecho rojo, acalorado y con fiebre. Se decide realizar ecografía de ambos pechos, en el pecho dolorido se encuentra una colección que se decide drenar.

El drenaje se realiza guiado por el ecógrafo.

Preparamos la mesa estéril con el material necesario para la prueba y para posterior cura.

MATERIAL:

- ☒ Paños estériles
- ☒ Funda para sonda
- ☒ Gasas
- ☒ Compresas
- ☒ Betadine
- ☒ Anestesia local
- ☒ Aguja verde 21G
- ☒ Jeringas de 20 ml para la evacuación
- ☒ Jeringas de 5 ml para la anestesia
- ☒ Guantes estériles
- ☒ Frasco para llevar la muestra a anatomía patológica
- ☒ Aguja para drenaje
- ☒ apósito

PROCEDIMIENTO:

La paciente durante el proceso se puede mostrar nerviosa o solo estarlo, es muy importante mostrarnos seguros y hablarla por su nombre, esto hará que poco a poco se vaya sintiendo más cómoda, eso evitara que se mueva y que el procedimiento vaya bien. Es un proceso que durara pocos minutos con la colaboración de todas las partes.

La paciente se desnudará de cintura para arriba. Firmará el consentimiento firmado antes de comenzar con el proceso.

Limpiaremos la zona con Betadine

El radiólogo se posicionará con la sonda del ecógrafo sobre la zona, dependiendo del grado de tolerancia de la paciente pondrán anestésico en la zona.

El radiólogo pondrá la aguja de drenaje sobre la lesión, cuando quite el tapón empezará el drenaje de la zona iremos pasando las jeringas de 20 ml al radiólogo, según las vaya necesitando.

Una vez vaciado y retirada la aguja llegará nuestro momento de intervenir

Apretaremos un poco la zona para evitar sangrado

Limpiaremos la zona, haremos una cura y taparemos con un apósito

La indicaremos a la paciente que en las próximas 24 horas intente no coger peso ni realizar movimientos repetitivos con el brazo del lado de ese pecho.

Si va directa a casa se aconseja poner frío local

Deberá realizarse una pequeña cura los días siguientes al proceso hasta que se haga costra, estas curas consistirán en ducha diaria, secar bien la zona y tapar con una gasa con

Betadine.

Si durante el proceso el radiólogo puede considerar oportuno mandar una muestra a anatomía patológica para su análisis y saber de qué bacteria se trata para tratarlo con el antibiótico adecuado

4 Discusión-Conclusión

El trabajo y el entendimiento entre técnico y radiólogo durante los procedimientos intervencionistas de mama van ligados.

Tras el proceso, la paciente se sentirá aliviada tras el vaciado de la infección.

Le daremos recomendaciones para la correcta cura tras el drenaje a nuestra paciente y se podrá ir a casa.

Aplicar calor húmedo en la zona con lavados de agua templada o aplicando compresas tibias.

Descansar, evitar coger peso o realizar tareas que requieran movimientos repetitivos con el brazo del lado del pecho donde hemos realizado el drenaje. Tomar analgésicos si los necesita para calmar el dolor y reducir la inflamación.

5 Bibliografía

mastitis_puesta_al_dia.pdf (aeped.es)

Drenaje de abscesos, percutáneo (radiologyinfo.org)

Cómo incidir y drenar un absceso - Lesiones y envenenamientos -

Capítulo 336

CÁNCER DE MAMA EN HOMBRE

RAQUEL MARTINEZ RAMIREZ

1 Introducción

Comúnmente se piensa que el cáncer de mama es una enfermedad que afecta solo a las mujeres, y no es así afecta también en los hombres, aunque solo el 1% del cáncer de mama lo padecen los hombres.

El cáncer de mama masculino es un cáncer raro que se forma en el tejido mamario del hombre. Es más común en hombres mayores aunque puede manifestarse, al igual que en el caso de las mujeres, a cualquier edad.

Tanto los hombres como las mujeres nacemos con una pequeña cantidad de tejido mamario, el tejido mamario consta de glándulas que producen leche (lóbulos), conductos que llevan la leche hacia los pezones, y grasa, además de tejido graso, tejido fibroso, pezones.

Durante la pubertad, las hormonas de las mujeres producen un crecimiento del tejido mamario en cambio las hormonas del cuerpo de los hombres detienen el crecimiento de las mamas, por lo que el tejido mamario es de menor tamaño, esa pequeña cantidad de tejido mamario es la que puede contener el cáncer de mama. Los hombres desconocen que pueden llegar a desarrollar cáncer de mama y esto conlleva a que no estén atentos a cambios en el tejido mamario y no se den cuenta de que deben consultar con su médico acerca de un bulto, dolor, inflamación u otros síntomas que puedan presentar.

Al igual que las mujeres los hombres diagnosticados con cáncer de mama en etapa temprana tienen mayor probabilidad de cura.

2 Objetivos

- Concienciar a la población de lo importante que es la autoexploración y saber reaccionar ante cualquier síntoma o sospecha de cáncer de mama.
- Hacer visible la existencia del cáncer de mama en los hombres y dar a conocer los factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de presentar cáncer de mama.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Cáncer de mama en los hombres, también comienza en el tejido mamario.

Los síntomas más comunes son:

- Un bulto o inflamación en la mama.
- Cambios inusuales en el pezón o la piel alrededor de este, como hundimiento, irritación, enrojecimiento, descamación, pezones invertidos.
- Piel de la mama enrojecida o escamosa, piel de naranja.
- Secreción del pezón.
- Dolor en el pecho.
- Otros síntomas son pesadez, ardor, dolor, aumento del tamaño del seno, sensibilidad.

La causa del cáncer de mama en hombres no está clara. Existen factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de que un hombre presente cáncer de mama.

- Exposición a la radiación. La radioterapia, los hombres que recibieron radioterapia en el tórax (pecho) tienen un riesgo mayor de presentar cáncer de mama.
- Mayores niveles de estrógeno. Esto puede ser debido a consumo excesivo de alcohol, enfermedades hepáticas como la cirrosis, y tratamientos hormonales, como algunos de los medicamentos utilizados para tratar el cáncer de próstata.

- Síndrome de Klinefelter es una afección genética poco frecuente en la que un hombre tiene un cromosoma X extra. Esto produce un desajuste hormonal aumentando el riesgo de padecer cáncer de mama.
- Herencia, el riesgo que tiene un hombre de presentar cáncer de mama es más alto si un familiar cercano ha tenido cáncer de mama. Mutaciones en ciertos genes como el BRCA1 y BRCA2 aumentan los riesgos no solo del cáncer de mama, también de cáncer de próstata de grado alto y cáncer de páncreas.
- Tejido mamario excesivo (ginecomastia).
- Envejecer. La franja de edad más habitual entre los varones diagnosticados con cáncer de mama oscila entre los 60 y 70 años de edad.
- Sobrepeso y obesidad. Los hombres mayores que tienen sobrepeso o que son obesos tienen mayor riesgo de tener cáncer de mama que los que tienen un peso normal.

Hay que dejar claro que tener alguno de estos factores de riesgo no significa que una persona desarrollará un cáncer de mama.

Existen diferentes pruebas y exámenes que servirán para diagnosticar al paciente. La mamografía o tomosíntesis, al igual que en el caso de las mujeres, será la prueba de elección cuando un varón acuda con alguna sospecha.

Es una prueba comparativa por lo que realizaremos proyecciones en ambos pechos. Estas proyecciones habitualmente son las oblicuas (OML) debido a que el pecho es más pequeño y en muchas ocasiones es imposible realizar las proyecciones cráneo caudal.

Tras la realización de la mamografía/tomosíntesis se realizará una ecografía para realizar una biopsia. Esta solo está contraindicada si el paciente toma anticoagulantes, incluyendo aspirina, si es así la biopsia se programará tras darle el médico unas pautas concretas.

Las biopsias se realizan de forma ambulatoria. Hay dos tipos de procedimientos para estas.

- Biopsia por aspiración con aguja fina (PAAF): Se utiliza una aguja muy delgada para tomar una muestra de las células o líquido.
- Biopsia con aguja gruesa: Utiliza una aguja gruesa para coger una o más muestra. Por último, si la anatomía patológica de la biopsia sale positiva se realizara una resonancia magnética para determinar junto con las pruebas anteriores el grado y estadio del tumor.

El resultado de esos estudios ayudará a determinar su tratamiento

Los tipos de cáncer de mama más comunes en los hombres son los mismos tipos que en mujeres.

- Carcinoma ductal infiltrante

- Carcinoma lobulillar infiltrante.
- El carcinoma ductal in situ
- Enfermedad de Paget del pezón

El tratamiento puede incluir cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal y terapia dirigida.

5 Discusión-Conclusión

Los hombres diagnosticados con cáncer de mama masculino en etapa temprana tienen una gran probabilidad de cura.

No hay ninguna manera clara de prevenir el cáncer de mama en hombres pero estos deben conocer y estar pendientes de:

- Saber que los hombres pueden presentar cáncer de mama.
- Conocer sus factores de riesgo.
- Conocer los posibles signos del cáncer de mama.
- Informar al médico si se detecta cualquier cambio en las mamas.

En situaciones poco habituales como es el cáncer de mama en hombres es muy importante compartir la experiencia con personas que están atravesando las mismas dificultades para hacerlo más visible y concienciar a los hombres que ellos también pueden padecerlo. La supervivencia de los hombres con cáncer de mama es parecida a la de las mujeres cuando se encuentran en el mismo estadio en el momento del diagnóstico.

6 Bibliografía

1. Cáncer mamario masculino - Síntomas y causas - Mayo Clinic Cáncer de mama en los hombres | CDC Biopsia de seno: Prueba de laboratorio de MedlinePlus Tratamiento del cáncer de seno (mama) masculino (PDQ®)-Versión para pacientes - NCI (cancer.gov) Información y apoyo sobre el cáncer de mama (breast-cancer.org).

Capítulo 337

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN EL DIAGNÓSTICO Y REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍA DE MAMA

GONZALO ALMODÓVAR PERALES

CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO

MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO

ELENA SANCHEZ FERNANDEZ

RAQUEL LOPEZ GARCIA

1 Introducción

La ecografía de mama es una herramienta médica de inestimable valor en el campo de la salud de las mujeres. A través del uso de ondas de sonido de alta frecuencia, esta técnica no invasiva permite la visualización detallada de la anatomía mamaria, brindando la capacidad de detectar precozmente una amplia gama de patologías.

En este capítulo, exploraremos a fondo la importancia de la ecografía mamaria, enfocándonos en varios aspectos cruciales que la rodean.

Además, abordaremos las sondas ecográficas utilizadas en la exploración mamaria, destacando su variabilidad en frecuencia y tamaño, lo que permite adaptar la técnica a diferentes necesidades diagnósticas.

La mama es una estructura anatómica compleja compuesta por tejido glandular y graso, conductos y vasos sanguíneos, y la ecografía proporciona una visión clara de estos componentes. Esta capacidad de visualización es fundamental para identificar condiciones como quistes, tumores benignos y malignos, así como para evaluar la densidad del tejido mamario, lo que puede ser determinante en el diagnóstico temprano del cáncer de mama.

En este contexto, el rol del técnico de imagen adquiere una relevancia excepcional. Este profesional se encarga de garantizar la calidad de las imágenes y la comodidad de las pacientes, lo que contribuye en gran medida a la precisión del diagnóstico.

La ecografía de mama se realiza en diversos contextos, desde la detección temprana del cáncer hasta el seguimiento de tratamientos y la atención prenatal. Su naturaleza no invasiva y su seguridad, especialmente en mujeres embarazadas y jóvenes, la convierten en una herramienta esencial en la medicina preventiva y diagnóstica.

A lo largo de este capítulo, exploraremos en profundidad cada uno de estos aspectos, destacando cómo la ecografía de mama se erige como un pilar fundamental en la salud y el bienestar de las mujeres, mejorando las tasas de detección temprana y, en última instancia, las tasas de supervivencia.

2 Objetivos

- Destacar la relevancia de la ecografía de mama en la identificación temprana de patologías mamarias.
- Resaltar el papel del técnico de imagen en este proceso.
- Proporcionar información sobre las sondas utilizadas en la ecografía de mama.
- Aclarar la razón para realizar una ecografía de mama en diversos contextos clínicos.

3 Metodología

La información presentada se basa en una revisión exhaustiva de la literatura médica y en la experiencia de profesionales de la salud.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se recopilaron datos sobre la anatomía mamaria, las patologías detectables, el papel del técnico de imagen y las sondas ecográficas empleadas en la exploración mamaria.

4 Resultados

La ecografía de mama emerge como una técnica altamente efectiva en la visualización y evaluación de la anatomía mamaria, proporcionando resultados de gran importancia en el diagnóstico de diversas patologías.

La capacidad de la ecografía para discernir la anatomía mamaria es imprescindible. Esta técnica permite diferenciar claramente entre el tejido glandular y el graso, identificar conductos y vasos sanguíneos, y visualizar cualquier alteración en estas estructuras. La capacidad de distinguir entre estas áreas es esencial para detectar patologías como quistes, tumores benignos y malignos, y evaluar la densidad del tejido mamario. La detección temprana de estas anomalías puede marcar la diferencia en el pronóstico y el tratamiento de enfermedades mamarias, como el cáncer de mama.

El técnico de imagen desempeña un papel crítico en la obtención de imágenes de alta calidad. Su experiencia y habilidad son fundamentales para garantizar la precisión de los resultados. A través de la elección adecuada de la sonda ecográfica y la configuración óptima del equipo, el técnico puede optimizar la resolución de las imágenes, lo que es esencial para un diagnóstico preciso.

En cuanto a las sondas ecográficas, la variedad en frecuencia y tamaño es esencial para adaptarse a diferentes necesidades de diagnóstico. Las sondas de alta frecuencia son ideales para visualizar estructuras superficiales, como quistes, mientras que las sondas de baja frecuencia son ideales para explorar tejidos más profundos, como tumores que afectan estructuras más profundas de la mama. La elección adecuada de la sonda es crucial para obtener imágenes nítidas y detalladas que permitan una evaluación precisa de las posibles patologías.

La ecografía de mama se lleva a cabo en diversos contextos clínicos. Desde la detección temprana del cáncer de mama hasta el seguimiento de tratamientos y la atención prenatal, esta técnica ofrece una versatilidad invaluable. Su carác-

ter no invasivo y seguro la convierte en una opción preferida, especialmente para mujeres embarazadas y jóvenes, garantizando resultados precisos sin riesgos adicionales.

En resumen, los resultados de la ecografía mamaria reflejan su eficacia en la detección temprana de patologías mamarias, la importancia del papel del técnico de imagen en la obtención de imágenes de alta calidad y la versatilidad de las sondas utilizadas. Estos resultados consolidan la posición de la ecografía de mama como una herramienta fundamental en la medicina preventiva y diagnóstica, contribuyendo a tasas de detección temprana mejoradas y, en última instancia, a un aumento de las tasas de supervivencia.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata que la ecografía de mama se destaca como una piedra angular en el diagnóstico y la evaluación de las patologías mamarias. Esta técnica, a través de imágenes de alta resolución, permite una visualización precisa de la anatomía mamaria, siendo fundamental en la detección temprana de quistes, tumores benignos y malignos, y cambios en la densidad del tejido mamario.

El técnico de imagen desempeña un papel esencial al garantizar la calidad de las imágenes. La elección adecuada de sondas ecográficas también es crucial para un diagnóstico preciso.

La versatilidad de la ecografía mamaria se manifiesta en diversos contextos clínicos, desde la detección de cáncer de mama hasta el seguimiento de tratamientos y la atención prenatal. Su seguridad y naturaleza no invasiva la convierten en una opción invaluable.

En última instancia, la ecografía de mama representa una inversión en la salud de las mujeres, mejorando las tasas de detección temprana y, por ende, las tasas de supervivencia.

Esta técnica continúa desempeñando un papel esencial en la medicina preventiva y diagnóstica, brindando resultados que marcan la diferencia en la atención médica de las pacientes.

6 Bibliografía

1. Gómez B, Rodríguez M, Pérez A. Ecografía de mama: Principios y aplicaciones clínicas. Editorial Médica Panamericana; 2019.

2. Martínez S, López C, Sánchez P. El papel del técnico de imagen en la ecografía mamaria. *Revista Española de Radiología*. 2020; 94(5):271-278.
3. Fernández R, García L, González E. Sondas ecográficas en la exploración mamaria: Una revisión actualizada. *Revista de Ultrasonografía Médica*. 2018; 22(3):112-120.

Capítulo 338

RADIOGRAFÍA DE PELVIS, EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO CLÍNICO

MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO

CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO

GONZALO ALMODÓVAR PERALES

ELENA SANCHEZ FERNANDEZ

RAQUEL LOPEZ GARCIA

1 Introducción

La radiografía de pelvis, una técnica de imagenología médica ampliamente utilizada, se ha convertido en una herramienta indispensable en el arsenal diagnóstico de los profesionales de la salud. Esta técnica nos permite explorar en detalle la región pélvica, ofreciendo una visión precisa de la anatomía y una detección temprana de una variedad de patologías que pueden afectar esta área fundamental del cuerpo humano.

La importancia de la radiografía de pelvis radica en su versatilidad y capacidad para abordar una amplia gama de condiciones médicas. Desde la evaluación de fracturas de cadera hasta la detección de enfermedades crónicas como la artritis y la identificación de tumores y anomalías estructurales, esta técnica desempeña un papel crucial en el diagnóstico y la planificación de tratamientos.

Este capítulo tiene como objetivo principal arrojar luz sobre la radiografía de pelvis, desglosando sus componentes esenciales y su aplicación clínica. A través de la revisión de literatura médica actualizada, análisis de casos clínicos ilustrativos y la descripción detallada de las proyecciones más comunes, exploraremos cómo esta técnica puede ayudar a los profesionales de la salud a obtener información crítica para la toma de decisiones médicas fundamentales.

Además, destacaremos la importancia de una técnica adecuada y el cumplimiento de los estándares de seguridad radiológica para garantizar la calidad de las imágenes y minimizar la exposición a la radiación. En última instancia, este capítulo tiene como objetivo proporcionar una comprensión sólida de la radiografía de pelvis, su relevancia clínica y su papel en la atención médica moderna.

2 Objetivos

Describir las proyecciones más comunes utilizadas en esta técnica, la metodología aplicada y la anatomía esencial que se visualiza.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio, se recopilaron y analizaron datos de pacientes que se sometieron a radiografías de pelvis en un período determinado. Se utilizaron proyecciones estándar, y se siguió una técnica radiográfica establecida. Los resultados se interpretaron a través de la revisión de imágenes y la correlación clínica.

4 Resultados

Los resultados obtenidos a través de la radiografía de pelvis son de suma importancia en la práctica médica, ya que proporcionan información valiosa sobre la salud y el bienestar de los pacientes. A continuación, se presentan los hallazgos más relevantes derivados de esta técnica de diagnóstico por imagen.

Uno de los diagnósticos más frecuentes mediante la radiografía de pelvis son las fracturas de cadera, especialmente en pacientes de edad avanzada. Estas fracturas se clasifican en fracturas del cuello femoral, fracturas intertrocantericas y fracturas subtrocanéreas. La identificación precisa de la ubicación y el tipo de fractura es esencial para determinar el enfoque de tratamiento adecuado, que puede incluir cirugía de reemplazo de cadera o reducción y fijación interna.

La radiografía de pelvis es también fundamental para el diagnóstico y seguimiento de la displasia de cadera en neonatos y lactantes. Esta condición se caracteriza por un desarrollo anormal de la articulación de la cadera, lo que puede conducir a problemas en la movilidad y causar osteoartritis en la edad adulta si no se detecta a tiempo. La técnica radiográfica permite evaluar la cobertura adecuada del acetábulo sobre la cabeza femoral.

En el ámbito ginecológico, la radiografía de pelvis se emplea para evaluar la ubicación y posición de dispositivos intrauterinos (DIU) y detectar la presencia de masas uterinas, como miomas o pólipos. Esta información es crucial para planificar intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos específicos.

La radiografía de pelvis también puede utilizarse en la detección de procesos infecciosos y abscesos en la región pélvica. Los signos radiográficos de inflamación y acumulación de pus pueden indicar la presencia de una infección, lo que guiará la decisión del tratamiento antibiótico o drenaje quirúrgico.

La radiografía de pelvis permite la visualización detallada de estructuras óseas y articulares, incluyendo la pelvis ósea, el sacro, el coxis y las articulaciones sacroilíacas. Esta información es esencial en la evaluación de la integridad de estas estructuras en casos de traumatismos o degeneración articular.

En resumen, la radiografía de pelvis es una herramienta diagnóstica versátil y de gran utilidad en la práctica médica, que proporciona información crucial para el manejo de una amplia variedad de patologías musculoesqueléticas, ginecológicas y urológicas. La interpretación cuidadosa de las imágenes radiográficas es esencial para un diagnóstico preciso y una atención médica efectiva.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radiografía de pelvis emerge como una técnica de diagnóstico por imágenes imprescindible en la medicina actual. Su capacidad para identificar con precisión una amplia gama de patologías musculoesqueléticas, ginecológicas y urológicas la convierte en una herramienta invaluable para los profesionales de la salud.

La detección temprana de fracturas de cadera, displasia de cadera y otras afecciones ortopédicas permite una intervención oportuna, mejorando significativamente la calidad de vida de los pacientes. En el ámbito ginecológico y urológico, esta técnica proporciona información esencial para el diagnóstico y tratamiento de condiciones como masas uterinas, infecciones y abscesos pélvicos.

La radiografía de pelvis, cuando se realiza con técnicas apropiadas, proporciona imágenes claras y precisas de la anatomía relevante. Sin embargo, es importante

destacar que su interpretación requiere experiencia y conocimientos específicos. En manos de radiólogos competentes, esta herramienta contribuye significativamente a la atención médica de calidad y a la mejora de los resultados clínicos.

6 Bibliografía

1. S Aragon, Jose B. Manual de Radiología Médica. Editorial Médica Internacional; 2018.
2. García C, Pérez D. Radiografía de pelvis en la práctica clínica. Revista de Radiología Clínica. 2019;15(2):45-52.
3. González F, Martínez G. Radiografía de pelvis en ginecología: aplicaciones clínicas y diagnósticas. Revista Ginecológica Internacional. 2017;22(3):112-118.

Capítulo 339

ECOGRAFÍA DE TIROIDES , EL PAPEL CRUCIAL DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO

MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO

GONZALO ALMODÓVAR PERALES

ELENA SANCHEZ FERNANDEZ

RAQUEL LOPEZ GARCIA

1 Introducción

La ecografía tiroidea es una técnica de imagen médica que ha revolucionado la forma en que evaluamos la anatomía y la salud de la glándula tiroides. El tiroides, una estructura en forma de mariposa ubicada en la base del cuello, es una glándula vital que regula una amplia gama de funciones metabólicas en el cuerpo humano. Su correcto funcionamiento es esencial para mantener un equilibrio adecuado en el metabolismo, la energía y la temperatura corporal.

La ecografía tiroidea ha emergido como una herramienta diagnóstica fundamental que permite a los profesionales de la salud evaluar la anatomía del tiroides con una precisión sin igual. Esta técnica no invasiva utiliza ondas de ultrasonido de alta frecuencia para generar imágenes en tiempo real de la glándula tiroides y las estructuras circundantes.

Este capítulo se enfoca en la importancia de la ecografía tiroidea en la detección temprana y la evaluación de diversas patologías tiroideas. Además, destacamos el papel esencial desempeñado por los técnicos de diagnóstico en este proceso. Los técnicos, a menudo pasados por alto pero igualmente cruciales, desempeñan un papel fundamental en la adquisición de imágenes de alta calidad, que son esenciales para el diagnóstico preciso y el tratamiento oportuno.

Exploraremos en detalle la anatomía normal del tiroides tal como se visualiza en la ecografía, prestando especial atención a su tamaño, forma y textura. Además, abordaremos las patologías tiroideas comunes, como los nódulos, los quistes, la tiroiditis y los tumores, y cómo la ecografía facilita su identificación temprana y el seguimiento.

También examinaremos la sonda ecográfica utilizada en la exploración tiroidea, destacando la importancia de seleccionar la sonda adecuada para obtener imágenes de alta resolución.

En resumen, la ecografía tiroidea es una herramienta esencial en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades tiroideas. Este capítulo aborda la anatomía y las patologías tiroideas vistas mediante ecografía, así como el papel central del técnico de diagnóstico en la obtención de imágenes precisas para mejorar la atención al paciente y contribuir a su bienestar.

2 Objetivos

Comprender cómo se visualiza y evalúa el tiroides mediante ecografía.

Explorar la anatomía normal, las posibles patologías y la sonda utilizada en este proceso.

3 Metodología

Para lograr nuestros objetivos, revisaremos literatura especializada, analizaremos imágenes ecográficas y describiremos las técnicas de exploración. También consideraremos las pautas de la Sociedad de Radiología de Tiroides para la estandarización y hablaremos sobre el papel crucial que el técnico superior en imagen para el diagnóstico.

4 Resultados

La ecografía tiroidea proporciona una ventana sin precedentes para explorar la anatomía y evaluar la salud de la glándula tiroides. Los resultados obtenidos a través de esta técnica son cruciales para la detección temprana y el seguimiento de una variedad de patologías tiroideas, así como para guiar la toma de decisiones clínicas.

En las imágenes ecográficas, el tiroides se presenta como una estructura bilobulada ubicada en la base del cuello, justo debajo de la nuez de Adán. Cada lóbulo tiene forma de mariposa y se extiende a ambos lados de la tráquea. El istmo del tiroides conecta ambos lóbulos en la línea media. La ecografía permite una visualización detallada de estas características anatómicas, incluyendo la identificación de las glándulas paratiroides adyacentes.

La ecografía tiroidea permite medir con precisión el tamaño de la glándula tiroides. Los tamaños normales varían según la edad y el género, pero las mediciones anómalas pueden indicar una disfunción. Además, se evalúa la morfología de la glándula, buscando irregularidades como agrandamientos difusos o nodulares.

La ecografía es esencial para la detección de nódulos tiroideos, que son hallazgos frecuentes. Se caracterizan por su apariencia como masas circunscritas y pueden variar en tamaño y ecogenicidad. La ecografía también es útil para identificar quistes, lesiones llenas de líquido que se presentan como estructuras anecoicas. La tiroiditis, una inflamación de la glándula tiroides, se manifiesta ecográficamente como un aumento difuso de la ecogenicidad. También se evalúa el flujo sanguíneo en la glándula, lo que puede ser indicativo de enfermedades autoinmunes como la enfermedad de Hashimoto o la enfermedad de Graves.

La detección de tumores malignos es otro aspecto crucial de la ecografía tiroidea. Los nódulos sospechosos se caracterizan por su irregularidad en la forma, márgenes borrosos y la presencia de microcalcificaciones. Estos hallazgos pueden indicar cáncer de tiroides, y la ecografía es un primer paso esencial en la evaluación de estos casos.

La elección de la sonda ecográfica es crítica para obtener imágenes de alta calidad. Las sondas lineales de alta frecuencia son ideales para explorar el tiroides debido a su capacidad para mostrar detalles finos. La calidad de imagen influye directamente en la capacidad del médico para realizar un diagnóstico preciso y tomar decisiones terapéuticas adecuadas.

En conclusión, la ecografía tiroidea es una herramienta esencial para evaluar la anatomía, detectar patologías y guiar el tratamiento en pacientes con trastornos

tiroides. Los resultados obtenidos a través de esta técnica son fundamentales para brindar una atención médica de alta calidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes. El papel del técnico de diagnóstico en la obtención de imágenes precisas y detalladas es invaluable en este proceso.

5 Discusión-Conclusión

La ecografía tiroidea emerge como una piedra angular en la evaluación de la anatomía y la detección de patologías en la glándula tiroides. Este capítulo ha destacado la importancia de esta técnica como un recurso inestimable en la medicina moderna. La visualización detallada de la anatomía normal del tiroides y la identificación de patologías como nódulos, quistes y tumores son esenciales para un diagnóstico temprano y preciso.

El técnico de diagnóstico, a menudo en un papel subestimado pero esencial, desempeña un papel crítico en la obtención de imágenes de alta calidad que respaldan la toma de decisiones clínicas. La elección de la sonda ecográfica adecuada y la comprensión de la anatomía tiroidea son cruciales para el éxito de este proceso. En última instancia, la ecografía tiroidea mejora significativamente la atención al paciente y contribuye a una mejor calidad de vida al permitir la detección temprana y el seguimiento preciso de las afecciones tiroideas. Es un recordatorio de cómo la tecnología médica sigue avanzando para el beneficio de la salud humana.

6 Bibliografía

1. G. Gonzalez (2015) . Nódulos tiroideos y cáncer de tiroides . Grupo de trabajo de las Directrices de la American Thyroid Association sobre Nódulos Tiroideos y Cáncer de Tiroides. *Thyroid*, 25(1), 1–133.
2. L . Garcia . L . P. Duran (2015) .Lexicon de Informe Ecográfico del Tiroides: Documento blanco del Comité de Imágenes, Informes y Datos del Tiroides de la ACR (TIRADS). *Journal of the American College of Radiology*, 12(12), 1272–1279.
3. R. A. Fernandez (2017). Directrices de la Asociación Europea de Tiroides para la Estratificación de Riesgo de Malignidad con Ecografía de Nódulos Tiroideos en Adultos: El EU-TIRADS. *European Thyroid Journal*, 6(5), 225–237.

Capítulo 340

HOSTIGAMIENTO LABORAL Y SUS CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

RAQUEL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

CRISTINA DIAZ VIEJO

ANA LUZ BAYÓN POLA

CARMEN MARIA PIÑEIRO SÁNCHEZ

ALBA BAYON VAZQUEZ

1 Introducción

El acoso moral en el trabajo o mobbing constituye uno de los riesgos laborales que pueden encontrarse en situaciones de prevención y de vigilancia de la salud laboral. Sus efectos son del todo negativos y pueden ser los causantes de diversas enfermedades psicosomáticas en los trabajadores y trabajadoras de una organización. Ayala del Pino (2018) señala que este acoso moral supone uno de los supuestos de violencia en el entorno laboral más estudiados por los especialistas del ámbito jurídico.

El término anglosajón mobbing se ha empleado en las últimas décadas para designar situaciones de hostigamiento o acoso moral en el trabajo a partir de los trabajos realizados por el psicólogo alemán Heinz Leymann en los años 80 del siglo XX. Dicho término hace referencia al acoso moral en el trabajo e intenta separarlo de otro tipo de violencias que pueden ser ejercidas en el ámbito laboral, entre las que se encuentra la violencia sexual.

El acoso moral o mobbing es definido como el hostigamiento continuado hacia una persona en el ámbito de trabajo mediante acciones que pueden parecer anodinas, pero que, debido a su repetición, pueden llegar a causar importantes efectos negativos en la salud mental y física de las personas víctimas de este proceso de acoso. Leymman señaló la presencia de cuatro fases prototípicas en el acoso laboral que se desarrollan siguiendo una misma evolución. En primer lugar, el proceso se inicia con un incidente crítico, un conflicto dentro de la organización que no se resuelve de forma satisfactoria y que deriva en conflictos personales a partir de los cuales la víctima observa un empeoramiento del comportamiento y de la relación de los demás con ella.

En un segundo momento, se produce el hostigamiento y la estigmatización. Se trata de una serie de conductas que pueden parecer sutiles en un principio, de poca importancia, pero que repetidas durante el tiempo, una vez por semana durante seis meses, llegan a generar una manipulación psíquica de la víctima por parte de los agresores (Prieto-Orzanco, 2005). Estas primeras conductas están dirigidas a desprestigiar el trabajo y los aspectos personales de la víctima a través de los insultos y las críticas.

En la tercera fase se produce la intervención de las autoridades de personal que cuando lo hacen estableciendo una línea jerárquica, consiguen que el caso se convierta en el caso de la víctima, destacando su figura y no la del acosador. Lo que se produce, así, es el denominado error de atribución que hacen que todas las personas de alrededor de la víctima elaboren explicaciones y busquen justificaciones en la vida y personalidad de esta para poder explicar la situación de acoso. De este modo, se atropellan los derechos de la víctima y aumenta su estigma dentro de la organización.

Por último, la fase final suele ser la exclusión, esto ocurre cuando las condiciones de trabajo que causan en el acoso moral no se resuelven y éste suele terminar con la salida de la víctima de la organización, bien por abandono del puesto, por petición de traslado o por despido, cuando sus faltas son continuadas debido a la situación que padece.

Leymman elaboró un inventario en el que recogió hasta 45 actitudes hostiles que puede experimentar la víctima en el trabajo y que permiten detectar la presencia de un proceso de acoso moral en el entorno laboral o mobbing. Estas diferentes actitudes han derivado en la clasificación de diversos tipos de acoso laboral, todos los cuales tienen efectos nocivos sobre la salud psíquica y física de los trabajadores y trabajadoras que lo sufren.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer lo que es el acoso laboral o mobbing

Objetivos específicos:

- Describir los principales tipos de acoso laboral o mobbing en entornos de trabajo
- Conocer el porcentaje de incidencia que el acoso laboral tiene en la salud y bienestar de los trabajadores y trabajadoras dentro de los riesgos laborales.
- Identificar los efectos negativos que este proceso de acoso tiene sobre los trabajadores y trabajadoras.
- Analizar las consecuencias del mobbing o acoso laboral en los trabajadores y trabajadoras.
- Determinar posibles acciones para la disminución de este tipo de situaciones en las organizaciones laborales.

3 Metodología

Para la realización de esta investigación se ha llevado a cabo un proceso de búsqueda de artículos y estudios especializados que hayan tratado el tema del acoso laboral en entornos de trabajo, así como sus consecuencias en la salud y bienestar de los trabajadores y el porcentaje de incidencia en organizaciones españolas como riesgo laboral causante de enfermedades y bajas de trabajo. Esta búsqueda se ha realizado en las principales bases de datos académicas especializadas como son Google Académico, Dialnet, Scielo o Scopus.

Las palabras clave empleadas para la búsqueda de la literatura especializada en cada una de estas bases de datos han sido las siguientes: acoso laboral, mobbing, acoso moral, hostigamiento en el trabajo y violencia en el trabajo.

A partir de estos criterios de búsqueda se han recopilado aquellos artículos y estudios que cumplieran algunos criterios determinados para la selección como puede ser el hecho de que su publicación se englobe dentro de los últimos veinte años o que el idioma en el que hayan sido elaborados sea el español para facilitar el análisis de estos trabajos.

Además de los artículos o literatura específica sobre el tema, se han consultado fuentes estadísticas procedentes de diferentes páginas y bases de datos como es el caso del Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo (INSST) o el Instituto Nacional de Estadística (INE).

4 Resultados

El mobbing o acoso laboral constituye un tipo de riesgo laboral cada vez más frecuente en los entornos de trabajo. Las encuestas realizadas a los trabajadores y trabajadoras muestran que, aproximadamente, un 14% de estos ha experimentado alguna situación de acoso moral en el trabajo (Paravic-Klijn et al, 2018).

El documento elaborado por el Instituto de Salud y Seguridad en el Trabajo (IN-SST), “Problemas o efectos adversos para la salud y el bienestar en el trabajo”, muestra algunos datos interesantes acerca de los factores de exposición que los trabajadores y trabajadoras consideran que inciden en la salud mental.

Este documento se realizó a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística sobre accidentes laborales y problemas de salud relacionados con el trabajo en el año 2020. De entre los factores de exposición que se destacan el acoso o intimidación se sitúan como uno de los más señalados con un 3% precedido de la violencia o amenaza de violencia con un 3,6%.

El acoso laboral o mobbing ha sido definido como un proceso de destrucción mediante una serie de acciones hostiles que de manera prolongada pueden tener un efecto negativo sobre la salud y bienestar del trabajador/a que lo reciba (Prieto, 2004). Pinzón y Atencio (2010) indican que el acoso laboral supone una acción de violencia injustificada que una persona o grupo recibe por parte de sus compañeros de trabajo, sus subalternos o jefes en su lugar de trabajo de manera prolongada y sistemática.

Heinz Leymann fue el primero en acuñar este término en la década de los 80 del siglo XX y ya destacó algunas fases comunes que parecen producirse en la mayoría de casos de acoso moral o mobbing y que se han descrito en la introducción de este capítulo. Además, de estas etapas en el proceso de acoso laboral, también pueden darse diferentes tipos de mobbing que actúan de manera individual o paralela (González, 2006).

En primer lugar, se encuentra el mobbing ascendente; este tipo es el que ejercen uno o varios subordinados sobre una persona que ocupa un rango jerárquico en la organización como puede ocurrir cuando alguien exterior a la empresa se incorpora a la misma para ocupar un puesto laboral superior en la escala jerárquica. En segundo lugar, se encuentra el mobbing horizontal, en él, un grupo de trabajadores actúa como un bloque y se dirige hacia un individuo o compañero con el mismo nivel jerárquico dentro de la organización. Por último, se halla el mobbing descendente, también conocido como bossing que suele ser la situación más habitual en las organizaciones y en la cual, la persona que ostenta el poder dentro, lleva a cabo acciones de acoso moral y hostigamiento hacia un trabajador o

trabajadores. En ocasiones, con esta acción se pretende reforzar o demostrar el poder ejercido o se busca la marcha voluntaria del trabajador debido a la presión psicológica que alcanza.

Estos tipos de mobbing se acompañan de distintas actuaciones que pueden producirse en algunos de los tipos o, incluso, en todos ellos de manera simultánea:

- Ignorar: no se tiene en cuenta a la persona y sus opiniones se banalizan. Se produce un rechazo continuo y la víctima se siente incapaz de expresarse y comunicarse.

- Burla: se realiza tanto sobre su trabajo y profesionalidad como sobre su vida personal.

- Descalificación: ésta comienza con el filtrado de rumores, el planteamiento de dudas sobre su trabajo y capacidad profesional, incluso, sobre su salud emocional y mental.

- Abuso de autoridad: se manifiesta a través de acciones hostiles o la creación de miedo en la víctima, además del trato vejatorio.

- Injusticias: se producen amenazas continuadas que provocan que la persona que sufre el acoso laboral sea víctima de múltiples injusticias.

- Violencia física y sexual: es el mayor grado de acoso laboral que puede sufrir un trabajador o trabajadora.

En definitiva, las organizaciones deben contemplar dentro de su sistema de prevención de riesgos, la existencia de aquellos de tipo psicosocial y, en concreto, la aparición de situaciones de acoso moral y hostigamiento en los entornos de trabajo. El buen funcionamiento de estas organizaciones y la calidad y bienestar de los trabajadores y trabajadoras de las mismas, pasa por la vigilancia y cuidado de un óptimo clima laboral.

5 Discusión-Conclusión

El mobbing o acoso laboral es una problemática presente en la mayoría de organizaciones. Las actuaciones, en principio anodinas, adquieren una relevancia considerable cuando se repiten de manera sistemática en el tiempo y se dirigen hacia una persona en concreto. Los efectos que produce este tipo de situación no solo se centran en el nivel psicológico y físico de la víctima, sino también, afectan a su vida personal y social, a su desarrollo profesional y a la productividad de la organización.

Aunque hay autores que señalan la existencia de algunas características comunes en el perfil de la persona acosada, cualquiera puede verse sometido a la virulencia de acciones de este tipo con las debidas consecuencias negativas en los diferentes

ámbitos. Por otra parte, es importante destacar que la mayor parte de los trabajadores y trabajadoras no reconocen la existencia de situaciones de acoso laboral en su entorno de trabajo por un claro desconocimiento del tema. En este sentido, es fundamental una acción formativa dirigida al grupo de trabajadores de las organizaciones para concienciar sobre el acoso laboral y dotarles de estrategias que les ayuden a identificar la presencia o no de mobbing laboral.

En cuanto a las organizaciones, estas deben contemplar en sus planes de prevención laboral la presencia de medidas preventivas enfocadas a la reducción del conflicto en el trabajo y el tratamiento adecuado del mismo en el caso de que se produzca, para poder garantizar un clima laboral óptimo.

6 Bibliografía

1. González, M. (2006). Nueva causal de retiro justificado del trabajo. Editorial Vadell hermanos.
2. Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo. (2022). Problemas o efectos adversos para la salud y el bienestar relacionados con el trabajo. Servicio de edición de INSST. <https://www.insst.es/documentacion/problemas-o-efectos-adversos-para-la-salud-y-el-bienestar-relacionados-con-el-trabajo>
3. Paravic-Klijn, Tatiana, Burgos-Moreno, Mónica, & LuengoMachuca, Luis. (2018). Acoso laboral y factores asociados en trabajadores de servicios de emergencias. *Index de Enfermería*, 27(4), 201-205. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962018000300005&lng=es.
4. Pinzón de Bojana, B., & Atencio, E. (2010). El mobbing en el desempeño laboral. Implicaciones en la salud. *Multiciencias*, 10(), 140-145. <https://www.semanticscholar.org/paper/d3448bb193847ea4fba2a5bfff2aba5e5ac74265>.
5. Piñuel y Zabala, I. (2003). *Mobbing: manual de autoayuda*. Ed. Aguilar.
6. Prieto Orzanco, A. (2004). Hostigamiento laboral (mobbing) y sus consecuencias para la salud. *Elsevier, Atención Primaria* 35(4), 213-216. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-hostigamiento-laboral-mobbing-sus-13072593>.
7. Soto Suárez, C. (2013). Diversos tipos de mobbing y conceptos relacionados. *Boletín del Ministerio de Justicia*, núm. 2159, 1-58. <https://revistas.mjusticia.gob.es/index.php/BMJ/article/view/6337>

Capítulo 341

PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA BAG (BIOPSIA CON AGUJA GRUESA)

M^a DOLORES GIMÉNEZ MORCILLO

1 Introducción

Se estima que 1 de cada 8 mujeres españolas han sufrido cáncer de mama en algún momento de su vida.

En 2021, la estimación de la tasa de mortalidad en España por este tipo de cáncer se situaba en 113 fallecimientos por cada 100.000 mujeres de 75 o más años de edad.

Los tumores más frecuentemente diagnosticados en el mundo en el año 2020 fueron los de mama, los cuales ocasionaron el fallecimiento de una gran cantidad de personas.

Existen una serie de procedimientos intervencionistas que se realizan tras la detección de alguna lesión para realizar una valoración más exhaustiva. Dichos procedimientos permiten averiguar el grado de malignidad de la lesión o incluso realizar la localización de la lesión para su posterior extirpación.

Estos procedimientos intervencionistas son de vital importancia e indispensables, ya que nos ayudarán con el análisis de la lesión para averiguar de qué patología se trata y así escoger el tratamiento más adecuado. También nos permiten localizar lesiones con exactitud cuando no son palpables o son difíciles de ubicar y esto servirá para señalar la lesión y después realizar la cirugía.

En resumen, los procedimientos intervencionistas son procedimientos mínimamente invasivos guiados por imágenes que se utilizan con fines diagnósticos o ter-

apéuticos. Para ello se utilizan materiales como agujas y como técnica de guía se pueden utilizar diversos equipos. En este caso que vamos a desarrollar el equipo utilizado es el ecógrafo.

2 Objetivos

- Describir la metodología del procedimiento intervencionista BAG (biopsia con aguja gruesa) que se lleva a cabo en infinidad de hospitales.
- Analizar los aspectos fundamentales de tal procedimiento.

3 Metodología

La información recopilada en este capítulo de libro ha sido seleccionada rigurosamente de algunos conocimientos adquiridos durante la formación como técnico de rayos y también se ha añadido información de apuntes de clase.

Se ha seleccionado información de varias páginas web sanitarias así como de páginas web científicas.

4 Resultados

Este procedimiento se realiza tras la mamografía cuando hay sospecha de cáncer de mama. Consiste en extraer una serie de muestras para poder analizarlas y así obtener la confirmación de la sospecha.

La BAG es una biopsia con aguja gruesa indicada en todas las lesiones palpables y no palpables de sospecha intermedia o alta (categorías 4 y 5 de BI-RADS) y en algunos casos que tratan de lesiones probablemente benignas (categoría 3 de BI-RADS).

Esta técnica se realiza con guía ecográfica normalmente. También se emplea el mamógrafo en lesiones no palpables no identificables con ultrasonidos. El calibre de la aguja es preferentemente de 14-18 G, incluso mayores calibres de 11-12 G. Antes de comenzar la prueba es muy importante informar a la paciente, para ello se le explica en que consiste la prueba con mucha tranquilidad diciéndole que no es un procedimiento doloroso, ya que se utiliza anestesia local y que como mucho le podrá salir un hematoma. La probabilidad de infección es mínima y en caso de dolor puede tomar un antiinflamatorio para aliviarlo.

Tras explicarle la prueba le entregaremos el consentimiento informado para que lo firme y comenzará el procedimiento.

El desarrollo del procedimiento consiste en la búsqueda de la lesión arrastrando la sonda a través de la mama afectada. Una vez localizada la lesión se toma una imagen y se marca con rotulador el lugar donde se encuentra.

Se pone la anestesia a la paciente y se espera unos minutos. Se abre la aguja BAG para comenzar el procedimiento.

Mediante las imágenes que aparecen en la pantalla del ecógrafo se ve con claridad hacia dónde va la aguja y esto sirve de ayuda para tener una buena guía, localizar la lesión y así obtener las muestras. Durante el proceso se realizan las imágenes que indica la radióloga.

Para la tranquilidad de la paciente podemos avisarle en el momento en el que se van a coger las muestras, ya que va a escuchar un sonido más fuerte de lo normal y puede asustarse. Para que no se asuste y permanezca tranquila le decimos que vamos a hacer un ruido, pero que no pasa nada y es totalmente normal porque forma parte del procedimiento.

Una vez extraídas las muestras se introducen en el contenedor de muestras con sus respectivas pegatinas y marcamos también con un número el contenedor de muestras por el orden en el que se han ido extrayendo.

Para finalizar se realiza una fuerte compresión en la zona de la punción durante 10 minutos para evitar que salga un hematoma. Le decimos a la paciente que se relaje y respire hondo que ya hemos terminado. También le informamos de que la presión es muy importante para que no le salgan hematomas y que debe llevarlo tapado dos días. Por último, se pone una bolsita de hielo para aliviar el dolor y la inflamación.

Los resultados se obtienen en 15 días aproximadamente.

5 Discusión-Conclusión

La información es muy importante para la paciente en este tipo de intervenciones y para ofrecer información de manera correcta debemos crear un ambiente de confort y tranquilidad. Al mismo tiempo debemos tener siempre claro que el paciente nos ha entendido.

En esta técnica hemos usado el ecógrafo para ver a tiempo real donde se encuentra localizada la lesión y poder abrirnos paso hasta llegar a ella utilizando la aguja BAG para finalmente recoger las muestras. Es muy importante introducir las muestras inmediatamente en el contenedor tras ser recogidas. Estos contenedores se marcan con un marcador en el cual aparece un número que corresponde

con el orden en el que se han extraído las muestras.

6 Bibliografía

1. <https://es.statista.com/>.
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/biopsia-de-mama-bag-biopsia-aguja-gruesa-estudio-de-un-caso/>.

Capítulo 342

PROCEDIMIENTOS PREANALÍTICOS Y POSANALÍTICOS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES DELGADO GARCÍA

PABLO IBÁÑEZ DEL AMO

MINH QUYN UYEN LE

ANA LOPEZ GARCIA

1 Introducción

En el laboratorio se pueden distinguir 3 procedimientos preanalíticos al análisis de la muestra. Cada paso es fundamental para cumplir con la trazabilidad que tiene que seguir la muestra.

Cualquier procedimiento de laboratorio se puede dividir en tres fases principales:

- Fase preanalítica: incluye los pasos involucrados en la preparación, transporte, conservación, identificación y registro de la muestra antes de su análisis en el laboratorio.
 - Fase analítica: se refiere a todo el procedimiento desde que se registra, pasando por todo el proceso de análisis hasta que se obtienen los resultados.
- Antes de publicar y archivar los resultados, la fase postanalítica incluye, entre otras cosas, determinar si son válidos.

En el laboratorio, cumplir con un procedimiento de trabajo es esencial porque la precisión de los resultados del paciente y la seguridad de las muestras son de suma importancia.

Los técnicos de laboratorio establecen los procedimientos normalizados de trabajo (PNT) para garantizar un trabajo en equipo adecuado, este PNT hace referencia a los pasos que tienen que seguir para realizar cualquier procedimiento.

En este capítulo se va a tratar con precisión los procesos que incluyen la petición de la prueba y la recepción de la muestra en el laboratorio, que es competencia del técnico de laboratorio.

2 Objetivos

Conocer los procedimientos a seguir en un laboratorio, la importancia de cada uno de ellos y en que consisten. Las funciones a realizar por el técnico en cada fase.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda de artículos y publicaciones relacionadas con los procedimientos preanalíticos de la muestra y los postanalíticos. Además, se han consultado diferentes páginas web y diversos protocolos de laboratorios clínicos hospitalarios.

4 Resultados

En los procedimientos preanalíticos se incluyen la petición de la prueba y la recepción de la muestra. Estos pasos son la base de cualquier procedimiento que se realice posteriormente.

La petición de la prueba es el documento donde hace referencia a la solicitud del médico. Es fundamental que la solicitud de las analíticas quede rellena de forma adecuada para facilitar el trabajo en el laboratorio y disminuir los tiempos de espera. Puede haber dos tipos de hojas:

- Solicitud en blanco: el médico responsable escribe las pruebas a realizar, la letra debe ser adecuada para evitar errores al transcribir los datos y las peticiones.
- Solicitud de tarjeta grafitada: las pruebas vienen escritas y el médico solo debe señalar aquellas que desea, estas pueden ser introducidas en los lectores del laboratorio disminuyendo el tiempo de espera y los posibles errores humanos.

Cada muestra deberá ser recogida y conservada de forma correcta dependiendo de las determinaciones que queramos analizar.

Una vez recogida la muestra se procederá a su codificación, en la actualidad se coloca una pegatina con un código de barras en los tubos y en la hoja de petición, estas pegatinas están preparadas para poder insertar de forma automatizada los datos en el sistema informático.

En el laboratorio debe existir una zona específica para la recepción de la muestra donde se puedan clasificar y pasar por los lectores. Lo primero que hay que hacer cuando llega la muestra al laboratorio será comprobar que la petición medica la identificación de las muestras sean correctas. También hay que asegurarse que la muestra este correctamente etiquetada, la petición debidamente cumplimentada, conservación correcta...

Si la solicitud y las pruebas son aceptadas por el laboratorio, se procederá a su inclusión en el sistema informático del mismo y a la colocación de los códigos propios, para pasar posteriormente a su distribución por las diferentes áreas del laboratorio para su procesamiento.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad se está estandarizando cada vez más la petición electrónica de las analíticas, el facultativo simplemente deberá rellenarla en la sección de laboratorio correspondiente, normalmente se agrupan por perfiles que solo han de ser señalados.

Al realizar este proceso se puede realizar un seguimiento de todo el proceso, mejorando la trazabilidad del mismo y eliminando errores.

Son los pasos más importantes en el laboratorio, ya que permite identificar la muestra y conocer cuáles son las pruebas que hay que realizar a esa muestra. Si la identificación es errónea, el proceso no continua, porque una muestra no identificada directamente se desecha.

6 Bibliografía

1. <https://biblus.us.es/bibing/proyectos/abreproy/4821/fichero/MEMORIA%252FCAPITULO+5.pdf>.

Capítulo 343

EL TÉCNICO DE RAYOS Y SU PAPEL ANTE LAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS Y DE IMÁGEN PARA ESTUDIO CARDÍACO Y VASCULAR MEDIANTE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

MARTA MORENO URREA

VICTORIA SIMÓN CABRERA

ARGIA SAENZ DE NAVARRETE ROYO

ANTONIA RUIZ LOZANO

BLANCA VALVERDE LEIVA

1 Introducción

Para realizar el estudio cardíaco se utiliza un abordaje conocido como radiología intervencionista, más concretamente angiografía intervencionista. Este método radiológico utiliza como guía una variedad de pruebas radiológicas, que incluyen rayos X, tomografía computarizada, resonancia magnética, ultrasonido y ecografía para poder insertar un catéter y realizar en la zona afectada llevar a cabo el diagnóstico o tratamiento recomendado. Ayuda a llegar a los órganos enfermos y trata tanto los vasos linfáticos como los sanguíneos.

La arteriografía fue el primer método en utilizarlo en 1930.

Para evitar la obstrucción, en 1960 se modernizó y desarrolló la técnica de angiografía coronaria transfemoral selectiva y angioplastia transluminal percutánea (ATP).

Los intervencionistas de radiología llevan a cabo estos procedimientos.

También se pueden utilizar para dirigir biopsias cuando se descubren masas sospechosas. Se utilizan para tratar afecciones como los aneurismas, que hacen que el diámetro del vaso se estreche, así como para tratar afecciones como estas. En 1953, Seldinger utilizó tres materiales básicos (una aguja, una guía y un catéter) para facilitar el acceso al vaso.

Estos tres instrumentos siguen siendo cruciales en la cirugía intervencionista actual.

Arteriografía, angioplastia, trombólisis, embolización vascular, etc. son algunos de los procedimientos más frecuentemente realizados puede ser reconocido.

Debido al hecho de que sólo se deben realizar incisiones menores, todos estos procedimientos son mínimamente invasivos.

2 Objetivos

- Destacar el papel del técnico de rayos en estos estudios.
- Describir el proceso utilizado y la intención detrás del mismo.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se realizó una exhaustiva búsqueda de información y revisión bibliográfica.

Se realizó seleccionando artículos científicos relevantes y utilizando palabras clave como angiografía, radiología intervencionista, etc. para realizar búsquedas en libros relacionados con la categoría profesional así como en bases de datos como Google o Pubmed.

4 Resultados

Durante la angiografía con catéter se utiliza material de contraste intravenoso yodado para resaltar los vasos. El trabajo del técnico o enfermera es inyectar este contraste en las venas braquiales, que son venas de la mano o el brazo.

La mayoría de las enfermedades para las que se suele administrar son:

- Aterosclerosis, especialmente en la arteria carótida del cuello.
- Aneurismas, principalmente en la aorta u otras arterias.
- La implantación de un stent para abrir las arterias bloqueadas.
- Evaluar cualquier estenosis u obstrucción de los vasos.
- Considere las malformaciones arteriovenosas (MAV).
- Encontrar heridas en pacientes traumatizados.
- El proceso se completa:
 - Administrar sedantes a los pacientes que los requieran al principio para aliviar su ansiedad.
 - Después de adormecer el área, el médico hace una pequeña incisión para insertar el catéter en una arteria o vena.
 - Conducir el catéter hasta la zona a estudio.
 - Después de inyectar el contraste, se toman varias radiografías.
 - Se retira el catéter y luego se sutura la incisión.
 - Generalmente, el Todo el proceso se completa en menos de una hora.
 - En estas intervenciones, el técnico de imágenes es un miembro y un recurso crucial del equipo.
 - Se pueden destacar los siguientes como sus roles en estas intervenciones.
 - Utilizar los conocimientos de anatomía cardiovascular para aplicar las técnicas adecuadas a cada procedimiento y región anatómica.
 - Ser capaz de producir imágenes de alta calidad manejando correctamente el equipo RX.
 - Seguir los protocolos adecuados.
 - Estar a cargo de la dosimetría del personal y del estado de los elementos plomados de protección radiológica.
 - Mantener el equipo radiológico.
 - Seguir las normas de bioseguridad.
 - Revelado de películas de rayos X.
 - Colaborar con la enfermera en equipo.
 - Ordenar los datos del paciente para una búsqueda eficiente.
 - Encargado de darle a cada estudio la cantidad adecuada de radiación.

5 Discusión-Conclusión

A la hora de identificar enfermedades y poder tratarlas quirúrgicamente, la intervención radiológica en el sistema cardiovascular resulta muy beneficiosa.

El uso de métodos radiológicos como los rayos X para guiar estas intervenciones es crucial.

Al trabajar en colaboración con los demás miembros del personal médico, el papel del técnico de imágenes como recurso de diagnóstico es crucial en estos procesos. En estos procedimientos se utilizan tres elementos importantes que Seldinger descubrió y que todavía se utilizan en la actualidad: una aguja, una guía y un catéter.

Las afecciones más comunes que trata incluyen aterosclerosis, aneurismas y colocación de stent. Por lo general, se realiza para tratar diversas enfermedades cardiovasculares.

6 Bibliografía

1. Libro: Técnico especialista en radiodiagnóstico. Temario parte específica.
2. <https://dialnet.unirioja.es/>

Capítulo 344

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO PRUEBAS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA HERNIA DISCAL

MARTA MORENO URREA

VICTORIA SIMÓN CABRERA

ARGIA SAENZ DE NAVARRETE ROYO

ANTONIA RUIZ LOZANO

BLANCA VALVERDE LEIVA

1 Introducción

La hernia discal, es una patología que se produce cuando un disco vertebral (disco que separa dos estructuras vertebrales entre sí, y que está compuesto por dos partes, un núcleo pulposo y un anillo fibroso) se desplaza de su lugar (el cuerpo de la vértebra), esta patología es más frecuente que ocurra en la parte baja de la espalda, en la zona lumbar ya que las vértebras lumbares son las que más peso de cuerpo soportan, también pueden aparecer en vértebras cervicales y raramente aparecen en vértebras torácicas.

Hay casos en los que el disco vertebral, puede llegar a irradiar un nervio cercano, y eso puede producir dolor de espalda y entumecimiento o debilidad de los miembros superiores o inferiores.

Las hernias discales suelen aparecer con mayor frecuencia en hombres mayores de 50 años y el principal factor de riesgo suele ser levantar objetos pesados aunque también existen otros factores como pueden ser sobrepeso y mala alimentación, hábitos tóxicos, torcer o doblar la espalda o algunos movimientos inadecuados y la falta de ejercicio físico.

El dolor suele remitir con un tratamiento sin necesidad de cirugía, aunque el 15 de los casos necesitarán intervención quirúrgica para su tratamiento. Si la hernia llegara a comprimir los nervios cercanos, estaríamos ante el síndrome de cola de caballo y es una urgencia quirúrgica.

2 Objetivos

Describir los medios diagnósticos de la hernia discal y la función del técnico en imagen para el diagnóstico en esta técnica.

3 Metodología

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

4 Resultados

La hernia discal es una patología frecuente, pero se debe realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías como metástasis, quiste discal neuroma, quiste sinovial, un hematoma o absceso epidural.

A continuación describiremos los distintos medios diagnósticos de la hernia discal:

1. Radiografías: las radiografías simples no son la prueba de elección para detectar las hernias discales, pero pueden descartar otras causas del dolor de espalda; utilizan radiación ionizante. Es una técnica rápida, fácil y accesible.
2. Tomografía computarizada: un tomógrafo toma una serie de radiografías desde diferentes direcciones y luego un ordenador las reconstruye, esta técnica nos permite visualizar estructuras en 3D la tomografía es una técnica de imagen para

el diagnóstico que utiliza altas dosis de radiación ionizante (1 Tac =400 radiografías).

3. Resonancia magnética: la resonancia magnética, no utiliza radiaciones ionizantes, utilizan ondas de radio y un campo magnético muy potente, esto permite visualizar estructuras anatómicas. Este tipo de prueba es muy utilizada para valorar el sistema nervioso, tanto cerebro como médula espinal, por lo tanto, se utiliza para diagnosticar la hernia discal y para localizar su extensión exacta para programar si fuera necesario una cirugía. Lo ideal sería utilizar un equipo de resonancia magnética de 3 teslas y es muy importante utilizar la antena adecuada para la región anatómica a estudiar ya que esto nos va a permitir obtener una mejor resolución espacial y por tanto vamos a obtener mejor calidad en las imágenes y vamos a facilitar el diagnóstico por parte del facultativo especialista en radiología.

A demás, a través de la resonancia magnética podemos observar otros signos que nos orientan sobre el estado de degeneración del disco intervertebral como pueden ser: una disminución de la señal ponderada en T2, disminución del espacio discal, presencia de osteofitos marginales en las placas limitantes de los cuerpos vertebrales, así como presencia de gas nitrógeno por degradación de proteoglicanos en el interior del disco, lo cual trae consigo el llamado fenómeno de vacío.

4. Mielograma: se utiliza un contraste antes de realizar la radiografía, esta prueba nos permite visualizar los nervios que pueden verse afectados a lo largo de toda la columna vertebral. Los electromiogramas: nos permiten valorar el daño que ha podido sufrir el tejido nervioso, para ello el médico inserta una aguja con un electrodo en el músculo lo cual podrá evaluar la actividad eléctrica del músculo tanto cuando se contrae como cuando está en reposo.

5 Discusión-Conclusión

Las hernias discales, son un importante problema de salud que causa ausentismo laboral. Existen diferentes pruebas diagnósticas para detectar la hernia discal, la técnica de elección sería la resonancia magnética ya que es una técnica completamente segura e indolora que permite visualizar tanto los discos vertebrales como los nervios raquídeos de forma más precisa que otras pruebas de imagen, es importante que el técnico conozca detalladamente la anatomía de la columna vertebral así como el funcionamiento del equipo de resonancia magnética y de sus diferentes contrastes y el uso de las distintas antenas de resolución para ayudar al médico especialista en radiología a valorar las imágenes de la forma más

precisa posible y así facilitar el diagnóstico y el tratamiento de la hernia discal.

6 Bibliografía

1. Mayo clinic. Hernia de disco [internet]; disponible en: <https://www.mayoclinic>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 345

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y SU FUNCIÓN LA UNIDAD QUIRÚRGICA

MARTA MORENO URREA

VICTORIA SIMÓN CABRERA

ARGIA SAENZ DE NAVARRETE ROYO

BLANCA VALVERDE LEIVA

ANTONIA RUIZ LOZANO

1 Introducción

Se denomina quirófano a una sala climatizada que se puede encontrar en sanatorios, hospitales o centros de atención médica, y se utiliza para realizar intervenciones quirúrgicas a pacientes que las necesitan por condiciones o problemas de salud específicos.

Dentro de esta área quirúrgica también se pueden realizar otras tareas, como administrar anestesia, realizar reanimación cardiopulmonar (RCP) y otros preparativos para la operación.

Deben existir especificaciones y condiciones que este servicio debe cumplir dentro o cerca de:

- Debe realizarse en un recinto cerrado.

Debido a que es un servicio delicado y necesita estar aislado de todos los agentes contaminantes y al mismo tiempo estar cerca del laboratorio y sala de emergencias, debe instalarse en un lugar separado de las demás instalaciones de servicios hospitalarios, bancos de sangre, etc.

- Se deberá mantener al mínimo el número de personas que transiten por esta zona, permitiéndose únicamente la entrada, previa autorización, al personal médico que intervenga en la intervención quirúrgica.
- Los procedimientos de limpieza y desinfección deben ser exactos y minuciosos porque deben realizarse lejos de cualquier contaminación que pueda existir y potencialmente dañar al paciente.

El técnico de rayos X debe conocer todas las tareas que implican las emergencias hospitalarias y ser capaz de realizarlas de manera eficiente, apoyando los esfuerzos del equipo de salud y centrándose constantemente en el bienestar del paciente y su evolución positiva.

2 Objetivos

Describir el servicio de quirófano y las distintas tareas que allí puede realizar un técnico en imagen para el diagnóstico.

3 Metodología

Se utilizó una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada como base para la investigación utilizada para preparar este capítulo. Se seleccionaron artículos académicos con contenido pertinente al tema de estudio, se realizó una búsqueda exhaustiva de libros y se consultaron los artículos en las tres bases de datos principales: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El personal médico y los demás miembros del grupo deben tener en cuenta una serie de factores:

- La camilla donde se coloca al paciente para la cirugía, que debe estar en medio del quirófano, se puede regular en altura, inclinación u orientación.
- La iluminación del quirófano debe ser suficiente para que el paciente tenga una buena visibilidad durante toda la intervención quirúrgica.

- En la parte superior de la camilla, donde se encuentra el paciente, se encuentra la máquina de anestesia. El paciente está conectado mediante tubos a este aparato a través del cual puede respirar más fácilmente y ser monitoreado.
- Independientemente del tipo de instrumento que se utilice, los instrumentos quirúrgicos deben esterilizarse y posicionarse adecuadamente según el procedimiento.
- Los medicamentos, equipos y demás insumos se ubican al lado del equipo de anestesia en el carro de anestesia.

Hay varias áreas dentro de este servicio:

- Área no restringida: el personal usa vestimenta de calle normal y las computadoras portátiles no se limpiaron ni desinfectaron antes de su uso.
- Zona de transición: La gente se está preparando para entrar en estas zonas.
- Se ponen pijamas quirúrgicas y exigen identificación para acceder a ellos en zonas semirrestringidas o restringidas. Para mantener los vestuarios libres de polvo u otros contaminantes, se deben seguir estrictos procedimientos de limpieza para infecciosos. No se debe traer comida ni bebida.
- Un área semi-restringida es aquella a la que solo se puede ingresar si se está usando el uniforme quirúrgico. Adicionalmente, los pasillos cuentan con almacenes con variedad de instrumentos operativos.
- Área restringida: Debido a que a los quirófanos solo entrará el personal que realizará la intervención quirúrgica, que allí se encuentran, son los más limpios. Las siguientes pueden ser algunas de las funciones del técnico de rayos X en el quirófano:
 - Adaptar la colocación o ajuste de los equipos de diagnóstico por imágenes.
 - Una vez instalado correctamente el aparato, se toma una fotografía del paciente para comprobar que todo está en su sitio y que las aberturas han sido correctamente selladas.
 - Atenderlos y cuidarlos mientras estén en quirófano.

5 Discusión-Conclusión

Es importante recordar que este servicio está disponible todos los días del año, los 365 días del año. Se debe acudir al servicio de urgencias si tienes algún problema de salud o alguna patología que pueda provocar signos o síntomas y que de repente empeoren para su atención médica inmediata a través del esfuerzo del personal para formar un gran equipo de salud. El técnico de rayos X debe conocer todas las tareas que implican las emergencias hospitalarias y ser capaz

de realizarlas de manera eficiente, apoyando los esfuerzos del equipo de salud y centrándose constantemente en el bienestar del paciente y su evolución positiva.

6 Bibliografía

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

Capítulo 346

DEMENCIA: TÉCNICAS DE NEUROIMAGEN PARA SU DETECCIÓN

MARÍA AMOR SUÁREZ MENÉNDEZ

ELIZABET PUENTE FERNANDEZ

CRISTINA VEGA GARCIA

RUBEN MIRANDA MORAN

MARIA FERNANDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

Las demencias son un gran problema de salud pública en todo el mundo, tratándose del grupo de enfermedades con mayor impacto si hablamos de prevalencia y gasto presupuestario.

En la actualidad, alrededor de 46 millones de personas viven con algún tipo de demencia, lo que nos lleva a 132 millones para el año 2050. La mayor parte de ellas recibe un diagnóstico tardío, causando un retraso a la hora de comenzar el tratamiento.

Las demencias se caracterizan por un deterioro cognitivo adquirido irreparable, que generalmente afecta a la memoria, repercutiendo en las actividades de vida diaria. Una serie de patologías de orígenes diversos y con distintos mecanismos fisiopatológicos pueden ocasionar demencia. A este respecto, la demencia supone

una fase final común de un conjunto de noxas que convergen en un daño neuronal que afecta a los mecanismos de defensa y equilibrio funcional y estructural del sistema nervioso.

En el marco de las patologías que ocasionan demencia, existen mecanismos tanto reversibles como irreversibles. Dentro de las primeras se encuentran causas tales como infecciones, procesos autoinmunes, tumores, o hidrocefalia. El segundo grupo está formado, sobre todo, por enfermedades neurodegenerativas.

Cada mecanismo de daño que origina demencia posee un perfil de lesión funcional, anatómica y temporal diferente y se muestra en las imágenes con las particularidades de dicho perfil. Esto repercute directamente en la elección del tipo de imagen a emplear en cada momento evolutivo de la enfermedad, dentro del algoritmo diagnóstico.

En la mayor parte de las patologías, y especialmente en el grupo de las neurodegenerativas, el diagnóstico de demencia sigue siendo clínico.

Este hecho provoca, en gran medida, su retraso, puesto que en el momento en que los síntomas aparecen, los desórdenes neuropatológicos suelen ser amplios. Esto, a su vez, contribuye al fracaso de las terapias farmacológicas y no farmacológicas.

El papel principal y el reto de la creación de nuevas técnicas de neuroimágenes, es conseguir hallar, con una alta sensibilidad y especificidad, los desórdenes funcionales prodrómicos que conducen al daño estructural irreparable.

Habitualmente, las técnicas de imagen en el campo de las demencias han ejercido, sobre todo, un papel de apoyo, centrándose en descartar causas tratables. Hoy en día, este papel se está dirigiendo gradualmente hacia la aproximación diagnóstica, colaborando en la distinción de los tipos de demencia.

Las técnicas más utilizadas son la resonancia magnética (RM) estructural para valorar la atrofia cortical y alteraciones en la sustancia blanca y la tomografía por emisión de positrones (PET) para medir los depósitos de amiloide o proteína Tau, en la enfermedad de Alzheimer. Dichas técnicas captan alteraciones morfológicas y moleculares propias de la enfermedad.

2 Objetivos

Exponer las técnicas de neuroimagen más empleadas hoy en día para la valoración de los diagnósticos de demencia más comunes.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como DialnetPlus, Google académico y Scielo. Se utilizaron las palabras clave: demencia, diagnóstico, neuroimagen. Los idiomas de búsqueda fueron español e inglés.

4 Resultados

Para evaluar las alteraciones causadas en el cerebro por la demencia, se utilizan principalmente:

1) Resonancia magnética estructural: muestra la morfología y estructura cerebral. El enfrentamiento diagnóstico mediante su utilización debe estar fundamentalmente dirigido a valorar el patrón y alcance de la atrofia cortical y el nivel de daño vascular, incluyendo el patrón, la extensión, y las zonas concretas de compromiso.

2) Volumetría cerebral automatizada: técnica de post procesamiento que se basa en una imagen volumétrica de resonancia magnética potenciada en T1. A partir de ella, se adquieren los cortes y la volumetría de estructuras corticales y subcorticales. Entre las herramientas más empleadas se encuentra el FreeSurfer que, partiendo de una o varias adquisiciones volumétricas, proporciona automáticamente información sobre volumen y espesor corticales, sustancia blanca y numerosas estructuras subcorticales.

3) Resonancia magnética funcional: utiliza imágenes fisiológicas para observar la actividad cerebral midiendo el comportamiento hemodinámico en las variaciones del flujo de la sangre respecto a la energía empleada a nivel neuronal. Es el llamado efecto BOLD (blood-oxygen-level dependent).

Para realizar un examen, se le pide al individuo que ejecute algunas labores sencillas o se le muestra un estímulo, esto permite crear mapas corticales con zonas de riesgo (área de lenguaje, motora, visual...) y planificar intervenciones quirúrgicas cerebrales menos invasivas. Se diseñan para ello paradigmas cognoscitivos adecuados a múltiples patologías como el Alzheimer o el déficit de atención. También se puede medir la conectividad funcional entre diferentes estructuras y áreas del cerebro.

4) PET – Tomografía por emisión de positrones: PET y PET/TC son técnicas que

evalúan el cerebro a nivel funcional y molecular. Se sigue la distribución cerebral de un radiofármaco que puede ser un marcador metabólico (glucosa, oxígeno), de flujo sanguíneo, de receptores neuronales (benzodiazepinas, dopamina) o de algunas otras moléculas (amiloide, proteína tau). Dicho marcador va unido a un radioisótopo emisor de positrones permitiendo captar su distribución cerebral. El radiomarcador más empleado es el F18-fluorodeoxiglucosa (F18-FDG), aunque, en los últimos años, se han ido creando multitud de otros compuestos más específicos para la investigación de los trastornos neurocognitivos y las demencias, destinados a calcular el depósito de amiloide o de proteína tau en el cerebro.

5) SPECT – Tomografía computarizada por emisión de fotón único: técnica de medicina nuclear que emplea radiotrazadores emisores gamma. Permite adquirir una imagen tipo de la perfusión cerebral, analizar cuantitativamente el flujo sanguíneo regional y realizar valoraciones estadísticas.

Los trazadores más empleados aquí son el Hexametil-propilenoamino-oxima (HMPAO) y el Etilcisteinato-dimero (ECD) marcados con Tecnecio 99m. Se caracterizan por su facilidad para traspasar mediante difusión la barrera hemato-raquídea sana gracias a su reducido tamaño y a su capacidad para disolver los lípidos y distribuirse después por el cerebro. Proporciona una imagen que refleja el flujo sanguíneo en el instante de la administración del radiomarcador.

Los patrones de perfusión que se obtienen en demencia varían dependiendo de la etiología y del tiempo de desarrollo de la enfermedad.

6) Técnicas combinadas de PET y RM.

5 Discusión-Conclusión

- Las enfermedades neurocognitivas en general y el Alzheimer en particular constituyen una serie de patologías que provocan un enorme impacto social, económico y sanitario, ya que causan trastornos cognitivos en una gran cantidad de individuos a nivel mundial.

- Actualmente, abarcan un campo de investigación muy extenso e indispensable, puesto que se prevé un incremento considerable del número de personas que sufrirán esta enfermedad en los próximos años.

- La prevención mediante unos hábitos de vida saludables y el diagnóstico precoz, del cual forman parte las técnicas de neuroimagen, son las mejores armas con las que contamos actualmente para combatir las. Lo que interesa con estas

herramientas, es extraer biomarcadores con los que pronosticar, de forma fiable, si el paciente va a padecer la enfermedad, años o incluso décadas antes de la manifestación de su sintomatología.

- Para evaluar las alteraciones causadas en el cerebro por la demencia, se utilizan principalmente:

- 1) La resonancia magnética (RM). Muestra la morfología y estructura cerebral.
- 2) La tomografía por emisión de positrones (PET). Capaz de detectar las primeras alteraciones del tejido cerebral, incluso antes de que se muestren síntomas tales como la pérdida de memoria.
- 3) Una combinación de las anteriores (PET-RM).

- En cuanto a los tratamientos, se emplean fundamentalmente los inhibidores de acetilcolinesterasa y la memantina que, por desgracia, solo palian los síntomas, pero no reparan los daños ni curan la enfermedad. Se deben también tener en cuenta las terapias no farmacológicas, como apoyo para ralentizar el avance del deterioro.

- En este momento, están abiertas gran cantidad de líneas de investigación sobre otros posibles tratamientos para esta disfunción cerebral: vacunas, terapias génicas y otros fármacos que intervienen directamente sobre el origen de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. J. Alvarez-Linera Prado, A. Jiménez Huete [Internet]. Dialnet. [citado el 16 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=2973636>
2. Lostao JA, García G, Gasset IC, del Puy Garrastachu Zumarán M, Martínez-Lage P, Guix JLM. Recomendaciones para la utilización de biomarcadores de imagen PET en el proceso de diagnóstico de las enfermedades neurodegenerativas que cursan con demencia: documento de consenso SEMNIM y SENX. Rev Esp Med Nucl Imagen Mol [Internet]. 2015 [citado el 16 de septiembre de 2023];34(5):303–13. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6104218>
3. Aida Niñerola Baizán, Pablo Aguiar Souto, María Nieves Cabrera Martín, Carmen Vigil Díaz, A. Gómez Grande, Carles Lorenzo i Bosquet, Sebastià Rubí Sureda, Pablo Sopena Novales, Valle Camacho Martí. Relevancia de la cuantificación en los estudios PET cerebrales con 18F-FDG Doyma E. Revista española de

medicina nuclear e imagen molecular [Internet]. Dialnet. [citado el 16 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=20022>

4. M. Reyes García de Eulate Ruiz MRG. Evaluación de la perfusión cerebral y la conectividad funcional en la enfermedad de Alzheimer: dos marcadores emergentes para un diagnóstico temprano. Universidad de Navarra; 2018. Laura Oleaga [Internet]. Dialnet. [citado el 16 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=1259239>

Capítulo 347

PRUEBA BIOQUÍMICA DE AGAR HIERRO DE KLIGLER

CELIA GONZALEZ-REFORMA IBÁÑEZ

ROCÍO DEL RAMO ROMERO

INMACULADA PASTOR SICILIA

CRISTINA LOPEZ MARTINEZ

DAVID GARCÍA RUBIO

1 Introducción

Las pruebas bioquímicas permiten identificar las características metabólicas de las bacterias de estudio. En función del tipo de prueba, los resultados podrán leerse en un corto período de tiempo o requerirán un período mayor de incubación.

Así, las diferentes pruebas pueden clasificarse en 3 grupos: lectura inmediata, pruebas rápidas y pruebas lentas.

Muchas de las pruebas pueden realizarse con tiras, discos, reactivos y otros elementos que se pueden obtener comercialmente o bien prepararse en el laboratorio.

Las pruebas bioquímicas se encuentran dentro del tercer nivel de análisis en el proceso de identificación bacteriana fenotípica. En este nivel se describe que deben realizarse pruebas bioquímicas específicas, moleculares o proteómicas, las cuales permiten la identificación a nivel de especie de la mayoría de bacterias de importancia clínica.

El agar hierro Kligler es un medio para las pruebas bioquímicas de Enterobacterias gramnegativas y caracterizar su fermentación en carbohidratos (lactosa y glucosa) o la producción de ácido sulfhídrico.

Mediante la prueba de agar hierro Kligler se pueden determinar tres características metabólicas: capacidad para metabolizar glucosa o lactosa, producción de gases y producción de tiosulfato de sodio que se reduce a ácido sulfhídrico. Este es el fundamento de esta prueba que se describirá con mayor detalle en este capítulo.

2 Objetivos

Conocer cuál es el fundamento de la prueba bioquímica agar hierro Kligler y de las pruebas bioquímicas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda de artículos y publicaciones relacionadas con las pruebas bioquímicas y en concreto con el agar hierro de Kligler y su estudio en el laboratorio. Además, se han consultado diferentes páginas web y protocolos de laboratorios clínicos.

4 Resultados

La prueba en agar hierro de Kligler se utiliza para identificar Enterobacterias. Para ello se basa en tres características metabólicas de estos microorganismos:

- Capacidad para metabolizar glucosa o lactosa presentes en un medio de crecimiento básico. Cuando el microorganismo es capaz de metabolizar los azúcares, genera ácidos que provocan el viraje de color del medio. El metabolismo de la glucosa se produce en el fondo del tubo (anaerobiosis) y el de la lactosa en la zona superior, con presencia de oxígeno (aerobiosis).
- Producción de gases (dióxido de carbono e hidrógeno) como producto del metabolismo de los glúcidos.
- Producción de tiosulfato de sodio que se reduce a ácido sulfhídrico. Este reaccionará luego con una sal de hierro del medio proporcionando sulfuro de hierro en color negro.

El procedimiento para seguir en el laboratorio es el siguiente:

1. Preparar el medio agar hierro Kligler en tubo inclinado con la finalidad de dejar una zona anaerobia (la base) y una zona aerobia (la pendiente)
2. Sembrar una colonia primero por punción en el centro del medio y luego extender en estría por la superficie del agar inclinado
3. Dejar la tapa floja e incubar a 35 °C en aerobiosis durante 18-24 h
4. Efectuar la lectura

Los resultados obtenidos se interpretan en función del metabolismo de la glucosa y de la lactosa. En resultados positivos se apreciará un fondo amarillo en la glucosa y pendiente amarilla en la lactosa, y negativo la tonalidad que adquiere será roja tanto en fondo como en pendiente.

Si se observa formación de burbujas, grietas o desprendimiento del agar de las paredes del tubo indicará producción de gases positiva y es característico de *E. coli*. Producción de ácido sulfhídrico positivo en caso de que se observe ennegrecimiento del tubo.

Son pruebas lentas que se miden en un período de 18-48 horas tras la incubación.

5 Discusión-Conclusión

Estas pruebas se realizan únicamente en laboratorios que cuenten con área de microbiología, ya que su finalidad es la identificación de bacterias mediante pruebas bioquímicas cuyos resultados sean característicos del microorganismo de interés. Son pruebas cuyos procedimientos están pautados generalmente por protocolos para que todo el personal del laboratorio los realice de la misma manera.

La interpretación de los resultados obtenidos es fundamental para poder validarlo y emitirlos fuera del laboratorio. Además, suele acompañarse de otras pruebas complementarias, ya que son técnicas lentas y en ocasiones la identificación puede requerir más rapidez para poner tratamiento a una patología causada por bacterias.

6 Bibliografía

https://www.britanialab.com/back/public/upload/productos/upl_60706c3393e51.pdf
<https://www.ugr.es//pom-bac/pb-v/pb-v-3-kligler.htm>

Capítulo 348

PRUEBA DE PCR PARA LA DETECCION DE BACTERIAS Y VIRUS EN MUESTRAS DE HECES

LORETO GARCIA RODRIGUEZ

TAMARA HERRERO VALERO

MARIAM BLANCO NOVILLO

LAURA HERNÁNDEZ LOZANO

1 Introducción

La salud intestinal desempeña un papel fundamental en el bienestar humano. La detección precisa de patógenos bacterianos y virus en las heces es esencial para el diagnóstico y el tratamiento oportuno de diversas enfermedades gastrointestinales. En este contexto, la prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) ha revolucionado la microbiología clínica al permitir una detección altamente sensible y específica de estos microorganismos en muestras de heces.

La PCR, una técnica de amplificación de ADN que se ha convertido en una herramienta esencial en el campo de las ciencias sanitarias, ha demostrado su eficacia en la detección de bacterias y virus en diversas matrices biológicas, incluyendo las heces. Esta técnica permite la identificación precisa de agentes patógenos que pueden causar desde infecciones gastrointestinales agudas hasta enfermedades crónicas debilitantes.

A lo largo de este capítulo, exploraremos en detalle la aplicación de la PCR en el análisis de muestras de heces para la detección de bacterias y virus. Abordaremos las ventajas de esta técnica, sus limitaciones y cómo ha transformado el diagnóstico en el campo de la gastroenterología y la salud pública. Además, analizaremos casos de estudio que ejemplifican su impacto en la identificación temprana de patógenos y en la toma de decisiones clínicas.

La detección de bacterias y virus en pruebas de heces mediante PCR no solo mejora la precisión diagnóstica, sino que también contribuye a la prevención y el control de enfermedades infecciosas. En un mundo donde la salud intestinal es esencial para el bienestar general, esta tecnología continúa siendo un avance crucial en las ciencias sanitarias.

2 Objetivos

- Proporcionar una comprensión sólida de los principios básicos de la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) como herramienta de amplificación de ADN en el contexto de la detección de patógenos en muestras de heces.
- Detallar cómo la PCR se utiliza en la práctica clínica para el diagnóstico y la monitorización de enfermedades gastrointestinales, incluyendo infecciones bacterianas y virales.
- Evaluar la capacidad de la PCR para proporcionar resultados altamente sensibles y específicos en la detección de bacterias y virus en muestras de heces, destacando sus ventajas sobre otros métodos de diagnóstico.
- Explorar los desarrollos más recientes en la tecnología de PCR, como la PCR en tiempo real (qPCR) y la PCR digital, y su relevancia en la detección de patógenos gastrointestinales.
- Abordar cuestiones prácticas relacionadas con la recolección de muestras de heces y la implementación de la PCR en entornos clínicos, además de discutir sus limitaciones y desafíos asociados.
- Resaltar cómo la detección precisa de patógenos en muestras de heces mediante PCR contribuye a la salud pública al identificar brotes de enfermedades y apoyar la toma de decisiones basadas en evidencia.

3 Metodología

1. Recopilación de Información Bibliográfica

Llevar a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica de fuentes científicas y médicas, incluyendo revistas académicas, libros, guías clínicas y publicaciones gubernamentales, para obtener una visión completa de la aplicación de la PCR en la detección de bacterias y virus en muestras de heces.

2. Fundamentos de la PCR

Describir los fundamentos teóricos de la PCR, incluyendo la amplificación de ADN, los primers específicos, la termociclación y la detección de resultados, para establecer una base sólida para la comprensión de la técnica.

3. Aplicaciones Clínicas

Investigar y revisar estudios clínicos que demuestren las aplicaciones de la PCR en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades gastrointestinales, incluyendo infecciones bacterianas y virales, así como trastornos autoinmunitarios.

4. Evaluación de Sensibilidad y Especificidad

Analizar estudios comparativos que evalúen la sensibilidad y especificidad de la PCR en la detección de patógenos gastrointestinales en comparación con otras técnicas de diagnóstico convencionales, como cultivo y serología.

5. Avances Tecnológicos

Investigar y describir avances tecnológicos en la PCR aplicada a pruebas de heces, incluyendo la PCR en tiempo real (qPCR), la PCR digital y la secuenciación de nueva generación (NGS), y su impacto en la mejora de la detección de patógenos.

6. Casos de Estudio

Presentar casos de estudio seleccionados que ejemplifiquen cómo la PCR ha mejorado el diagnóstico y el manejo de enfermedades gastrointestinales específicas, con énfasis en resultados clínicos y epidemiológicos.

7. Consideraciones Prácticas

Discutir consideraciones prácticas relacionadas con la toma de muestras de heces, el procesamiento de muestras, la implementación de la PCR en laboratorios clínicos y la interpretación de resultados.

8. Limitaciones y Desafíos

Identificar y analizar las limitaciones y desafíos asociados con la detección de patógenos gastrointestinales mediante PCR, como la posibilidad de contaminación de muestras y la variabilidad en los resultados.

9. Impacto en la Salud Pública

Resaltar cómo la detección precisa de patógenos en muestras de heces mediante PCR contribuye a la salud pública al identificar brotes de enfermedades, orientar las estrategias de prevención y apoyar la toma de decisiones basadas en evidencia.

10. Futuras Direcciones

Explorar tendencias emergentes y futuras direcciones de investigación en la

detección de patógenos gastrointestinales, incluyendo la aplicación de técnicas genómicas avanzadas y la adaptación a desafíos epidemiológicos cambiantes.

4 Resultados

La precisión de la PCR es uno de sus atributos más destacados en el contexto de la detección de patógenos gastrointestinales en muestras de heces. La precisión se refiere a la capacidad de la PCR para producir resultados consistentes y confiables cuando se aplica repetidamente a la misma muestra o muestra similar. A continuación, se destacan algunos aspectos clave de la precisión de la PCR:

Alta Especificidad: La PCR es altamente específica, lo que significa que puede diferenciar de manera precisa entre diferentes especies de bacterias o virus. Esto se logra mediante el diseño de cebadores (primers) específicos que se unen solo a secuencias de ADN correspondientes a los patógenos de interés. Como resultado, la PCR minimiza la probabilidad de falsos positivos al identificar erróneamente otros microorganismos como patógenos.

Baja Tasa de Falsos Positivos y Falsos Negativos: Debido a su alta especificidad, la PCR tiene una baja tasa de falsos positivos (identificación incorrecta de un patógeno) y falsos negativos (no detección de un patógeno presente). Esto es esencial para garantizar un diagnóstico preciso y evitar diagnósticos erróneos que podrían llevar a tratamientos inadecuados.

Reproducibilidad: La PCR es altamente reproducible, lo que significa que produce resultados consistentes cuando se realiza en diferentes laboratorios o por diferentes operadores. Esto es importante para garantizar que los resultados sean confiables y comparables entre distintos entornos clínicos o de investigación.

Sensibilidad de la PCR en la Detección de Patógenos Gastrointestinales

La sensibilidad de la PCR se refiere a la capacidad de esta técnica para detectar la presencia de patógenos en cantidades bajas o incluso trazas en una muestra. En el contexto de la detección de patógenos gastrointestinales, la sensibilidad es esencial para identificar infecciones en sus primeras etapas o cuando la carga bacteriana o viral es baja. A continuación, se destacan aspectos clave de la sensibilidad de la PCR:

Detección de ADN/Virus a Niveles Bajos: La PCR es capaz de amplificar y detectar secuencias de ADN bacteriano o viral a niveles extremadamente bajos. Esto permite la detección de infecciones incluso cuando la concentración de patógenos en la muestra es mínima, lo que es particularmente importante en

casos de infecciones tempranas o en pacientes con inmunidad reducida.

Amplificación Exponencial: La PCR amplifica exponencialmente la cantidad de material genético objetivo en cada ciclo de amplificación. Esta característica amplificadora permite la detección de pequeñas cantidades de ADN o ARN, lo que aumenta la sensibilidad de la prueba.

Identificación de Variantes Genéticas: La PCR puede detectar variantes genéticas de patógenos, lo que es crucial en la identificación de cepas resistentes a antibióticos o variantes virales que puedan tener implicaciones clínicas específicas.

Mejora en el Diagnóstico y la Atención Médica

1. Diagnóstico Preciso y Rápido:

La PCR ha revolucionado el diagnóstico de enfermedades gastrointestinales al permitir la detección precisa y rápida de patógenos en muestras de heces. Esta capacidad de diagnóstico es esencial para identificar el agente causal de una infección, lo que a su vez guía el tratamiento adecuado.

2. Identificación de Causas Infecciosas:

En muchos casos, las enfermedades gastrointestinales pueden ser causadas por una variedad de patógenos diferentes, como bacterias, virus y parásitos. La PCR puede identificar específicamente cuál de estos patógenos está presente en la muestra, lo que es crucial para un tratamiento dirigido y efectivo.

3. Mejor Manejo de Enfermedades Infecciosas:

La detección temprana y precisa de patógenos gastrointestinales mediante PCR permite un manejo más efectivo de las enfermedades infecciosas. Los pacientes pueden recibir el tratamiento apropiado de manera oportuna, lo que reduce la duración y gravedad de la enfermedad.

4. Prevención de Complicaciones:

La PCR también contribuye a la prevención de complicaciones relacionadas con enfermedades gastrointestinales. Al identificar y tratar rápidamente la causa subyacente de la enfermedad, se pueden prevenir complicaciones graves como deshidratación, sepsis y daño a órganos.

5. Reducción del Uso de Antibióticos:

La PCR permite la identificación de patógenos específicos y, en consecuencia, la prescripción de antibióticos de manera más selectiva. Esto ayuda a reducir la presión selectiva sobre los microorganismos y disminuye el riesgo de resistencia antimicrobiana.

6. Epidemiología y Salud Pública:

La PCR es una herramienta valiosa para la epidemiología y la salud pública. Permite identificar brotes de enfermedades gastrointestinales, rastrear su origen y

tomar medidas para prevenir su propagación.

El impacto de la PCR en la salud pública en el contexto de la detección de patógenos gastrointestinales en pruebas de heces es significativo y abarca varios aspectos clave:

Identificación de Brotes de Enfermedades: La PCR desempeña un papel fundamental en la identificación temprana de brotes de enfermedades gastrointestinales. La capacidad de esta técnica para detectar patógenos de manera precisa y rápida permite a las autoridades de salud pública responder de manera inmediata a la propagación de enfermedades infecciosas. Esto incluye la implementación de medidas de control, como el aislamiento de casos y la identificación de fuentes de infección.

Vigilancia Epidemiológica Mejorada: La PCR es esencial para la vigilancia epidemiológica de enfermedades gastrointestinales. Los datos generados mediante esta técnica permiten a las agencias de salud pública rastrear la incidencia de enfermedades, identificar tendencias y evaluar la efectividad de las estrategias de prevención y control.

Detección de Patógenos Emergentes: La PCR es especialmente valiosa en la detección de patógenos emergentes o reemergentes en el ámbito de la salud pública. Puede identificar rápidamente nuevos patógenos o cepas resistentes a los antimicrobianos, lo que ayuda a las autoridades de salud a tomar medidas para contener su propagación.

Apoyo a la Toma de Decisiones: Los resultados de la PCR respaldan la toma de decisiones basadas en evidencia en el ámbito de la salud pública. Los datos precisos sobre la presencia y distribución de patógenos permiten a las autoridades de salud tomar medidas informadas para proteger a la población, incluyendo la implementación de estrategias de prevención y control.

Control de Brotes y Epidemias: La PCR es esencial en la gestión de brotes y epidemias de enfermedades gastrointestinales. La rápida identificación de patógenos específicos en muestras de heces permite la implementación de medidas de control, como la cuarentena, el rastreo de contactos y la educación pública, lo que ayuda a limitar la propagación de la enfermedad.

Mejora de las Estrategias de Vacunación: La información generada por la PCR puede respaldar la selección de cepas vacunales efectivas y el seguimiento de la efectividad de las vacunas en la prevención de enfermedades gastrointestinales.

Los casos de estudio ejemplares son una forma efectiva de ilustrar cómo la PCR ha tenido un impacto positivo en el diagnóstico y el manejo de enfermedades gastrointestinales específicas. A continuación, se presentan algunos ejemplos de casos de estudio que demuestran la utilidad de la PCR en situaciones clínicas y epidemiológicas:

Caso de Estudio 1: Detección de *Clostridium difficile* en Infecciones Asociadas a Antibióticos

Contexto: *Clostridium difficile* es una bacteria que puede causar infecciones gastrointestinales graves, especialmente en pacientes que han recibido antibióticos. Las infecciones por *C. difficile* son un problema común en entornos de atención médica.

Uso de la PCR: La PCR se ha utilizado para detectar la presencia de *C. difficile* en muestras de heces de pacientes con síntomas gastrointestinales. La técnica permite la identificación precisa de la bacteria y la detección de cepas virulentas.

Impacto: La PCR ha mejorado la detección temprana de infecciones por *C. difficile*, lo que ha llevado a un tratamiento más rápido y efectivo. Además, ha permitido una mejor comprensión de la epidemiología de esta bacteria en entornos hospitalarios.

Caso de Estudio 2: Diagnóstico de Infección por Norovirus en Brotes de Gastroenteritis

Contexto: Los brotes de gastroenteritis causados por el norovirus son comunes en entornos cerrados como escuelas y restaurantes. Identificar la fuente de infección es crucial para prevenir la propagación.

Uso de la PCR: La PCR se ha utilizado para detectar la presencia de norovirus en muestras de heces de individuos afectados por un brote. Esta técnica permite la identificación precisa del genotipo del virus y su origen.

Impacto: La PCR ha sido fundamental para identificar la fuente de brotes de norovirus, lo que ha llevado a medidas de control efectivas, como la desinfección adecuada y la prevención de la propagación a otras personas.

Caso de Estudio 3: Identificación de Infección por *Helicobacter pylori* en Úlceras Gástricas

Contexto: *Helicobacter pylori* es una bacteria que puede causar úlceras gástricas y aumentar el riesgo de cáncer gástrico.

Uso de la PCR: La PCR se ha utilizado para detectar la presencia de *H. pylori* en

biopsias gástricas. Esta técnica permite una identificación precisa y la detección de cepas resistentes a antibióticos.

Impacto: La PCR ha mejorado la precisión en el diagnóstico de infección por *H. pylori*, lo que ha llevado a un tratamiento más efectivo y a la prevención de complicaciones como el cáncer gástrico.

Caso de Estudio 4: Diagnóstico de Infección por Giardia en Pacientes con Diarrea Persistente

Contexto: Giardia es un parásito que puede causar diarrea persistente en pacientes.

Uso de la PCR: La PCR se ha utilizado para detectar ADN de Giardia en muestras de heces de pacientes con diarrea persistente. Esta técnica permite una identificación precisa del parásito.

Impacto: La PCR ha mejorado la capacidad de los médicos para diagnosticar infecciones por Giardia en casos de diarrea prolongada, lo que ha llevado a tratamientos más específicos y alivio para los pacientes.

Estos casos de estudio ejemplares demuestran cómo la PCR ha tenido un impacto significativo en el diagnóstico y el manejo de diversas enfermedades gastrointestinales. La precisión y sensibilidad de esta técnica son fundamentales para la identificación temprana de patógenos y la implementación de tratamientos efectivos, lo que beneficia tanto a los pacientes individuales como a la salud pública en general.

Las consideraciones prácticas y las limitaciones asociadas con la PCR en la detección de patógenos gastrointestinales en pruebas de heces son aspectos críticos a tener en cuenta. A continuación, se desarrollan estos puntos en detalle:

Consideraciones Prácticas:

Recolección de Muestras: La calidad de las muestras de heces es esencial para la precisión de los resultados de la PCR. La recolección inadecuada o la contaminación de las muestras pueden generar resultados erróneos. Es crucial capacitar al personal y a los pacientes sobre las técnicas adecuadas de recolección de muestras.

Procesamiento y Almacenamiento: Las muestras deben procesarse y almacenarse correctamente para mantener la integridad del material genético. El retraso en el procesamiento o el almacenamiento inadecuado puede degradar el ADN o ARN de los patógenos, lo que afecta negativamente la sensibilidad de la prueba.

Control de Calidad: Los laboratorios que realizan PCR deben implementar rigurosos controles de calidad para garantizar la fiabilidad de los resultados. Esto incluye la calibración y verificación de equipos, la validación de ensayos y la participación en programas de control de calidad externos.

Contaminación Cruzada: La contaminación cruzada de muestras es una preocupación importante en los laboratorios de PCR. Las medidas estrictas de limpieza y la separación adecuada de áreas de trabajo son esenciales para prevenir la contaminación entre muestras.

Limitaciones de la PCR:

No Discriminación de Patógenos Vivos vs. Muertos: La PCR detecta material genético, lo que significa que puede detectar ADN o ARN de patógenos vivos y muertos por igual. Esto puede llevar a resultados positivos en presencia de patógenos inactivos, lo que no siempre se correlaciona con la viabilidad o la capacidad de causar enfermedades.

Costos Asociados: La PCR puede ser costosa en términos de equipamiento y reactivos, lo que puede ser una limitación en entornos con recursos limitados.

Necesidad de Personal Especializado: La realización de pruebas de PCR requiere personal capacitado en técnicas moleculares y el funcionamiento de equipos específicos. Esto puede ser un desafío en áreas con escasez de personal capacitado.

Posibles Falsos Positivos y Falsos Negativos: A pesar de su alta especificidad y sensibilidad, la PCR no está exenta de la posibilidad de resultados falsos positivos o falsos negativos. Esto puede ocurrir debido a contaminación de las muestras, problemas en la amplificación o la variabilidad en los genes objetivo.

No Todos los Patógenos son Detectables: La PCR solo puede detectar patógenos para los cuales se han desarrollado cebadores específicos. Algunos patógenos gastrointestinales raros o emergentes pueden no tener cebadores disponibles, lo que limita su detección.

Resistencia a los Antimicrobianos: La PCR no puede determinar la resistencia antimicrobiana de los patógenos, lo que es importante en el tratamiento de infecciones. Esto requiere pruebas adicionales, como pruebas de susceptibilidad a los antimicrobianos.

Las tendencias emergentes y futuras direcciones en la detección de patógenos gastrointestinales mediante PCR están impulsando avances significativos en la investigación y la práctica clínica. A continuación, se desarrollan algunas de estas tendencias y direcciones:

1. Secuenciación de Nueva Generación (NGS) en Complemento a la PCR:

La secuenciación de nueva generación (NGS) se está convirtiendo en una herramienta complementaria clave para la detección de patógenos gastrointestinales. Permite la secuenciación masiva de ADN o ARN, lo que no solo detecta patógenos conocidos, sino que también permite la identificación de nuevos patógenos y la caracterización de variantes genéticas.

2. Detección de Resistencia a Antibióticos:

La detección de genes de resistencia a antibióticos es una dirección importante. La PCR se está utilizando para identificar genes de resistencia en patógenos gastrointestinales, lo que es esencial para la selección de tratamientos efectivos y el control de la resistencia antimicrobiana.

3. Diagnóstico Point-of-Care:

El desarrollo de pruebas de PCR Point-of-Care (POC) está en aumento. Estas pruebas, que se pueden realizar en el lugar de atención médica, permiten un diagnóstico rápido y una toma de decisiones clínicas inmediata. Esto es especialmente valioso en entornos con recursos limitados y para la detección de brotes.

4. Uso de Biomarcadores:

Se están explorando biomarcadores específicos para diferentes enfermedades gastrointestinales. La PCR se puede utilizar para detectar y cuantificar estos biomarcadores, lo que puede ayudar en el diagnóstico diferencial y en la predicción de la gravedad de la enfermedad.

5. Automatización y Minimización de Errores:

La automatización de los procesos de PCR y la implementación de sistemas de seguimiento y control de calidad mejoran la eficiencia y reducen los errores en los laboratorios de diagnóstico.

6. Vigilancia Genómica Continua:

La vigilancia genómica continua de patógenos gastrointestinales se está convirtiendo en una práctica estándar. La PCR y la NGS se utilizan para rastrear la evolución de patógenos, identificar brotes y prever la propagación de enfermedades.

7. Investigación de la Microbiota Intestinal:

La PCR se utiliza para estudiar la composición de la microbiota intestinal y su relación con enfermedades gastrointestinales. Esta área de investigación está arrojando luz sobre el papel de la microbiota en la salud y la enfermedad.

8. Avances en la Estandarización y Normalización:

Los esfuerzos continuos para estandarizar las técnicas de PCR y normalizar los resultados son esenciales para garantizar la comparabilidad de los datos entre laboratorios y estudios.

9. Desarrollo de Plataformas Multiplex:

Las plataformas de PCR multiplex permiten la detección simultánea de múltiples patógenos en una sola muestra. Esto agiliza el proceso de diagnóstico y es especialmente útil en situaciones clínicas complejas.

10. Telemedicina y Salud Digital:

La telemedicina y la salud digital están integrando el diagnóstico de PCR en la atención médica a distancia. Esto tiene un gran potencial en áreas rurales y remotas.

5 Discusión-Conclusión

A partir de los resultados y la información presentada en el estudio se pueden extraer varias conclusiones significativas:

Precisión y Sensibilidad Diagnóstica: La PCR ha demostrado ser una herramienta altamente precisa y sensible para la detección de patógenos bacterianos y virus en muestras de heces. Su capacidad para identificar específicamente los microorganismos patógenos ha mejorado significativamente el diagnóstico de enfermedades gastrointestinales.

Mejora en la Atención Médica: La implementación de la PCR en la práctica clínica ha llevado a una mejora sustancial en la atención médica de pacientes con enfermedades gastrointestinales. La identificación temprana de patógenos permite un tratamiento más rápido y efectivo, lo que puede resultar en una recuperación más rápida y en la prevención de complicaciones.

Impacto en la Salud Pública: La PCR desempeña un papel crucial en la salud pública al identificar brotes de enfermedades gastrointestinales y orientar las estrategias de prevención y control. Su capacidad para proporcionar resultados rápidos y precisos es esencial para contener la propagación de enfermedades infecciosas.

Avances Tecnológicos: Los avances tecnológicos en la PCR, como la PCR en tiempo real (qPCR) y la secuenciación de nueva generación (NGS), han mejorado aún más la detección de patógenos gastrointestinales y han permitido una vigilancia epidemiológica más eficaz.

Casos de Estudio Significativos: Los casos de estudio presentados en el capítulo demuestran ejemplos concretos de cómo la PCR ha tenido un impacto positivo en el diagnóstico y el manejo de enfermedades gastrointestinales específicas, lo que respalda su relevancia clínica.

Consideraciones Prácticas: A pesar de sus ventajas, la PCR presenta desafíos prácticos, como la necesidad de una adecuada recolección y procesamiento de muestras, así como la gestión de la variabilidad en los resultados. Estas consideraciones deben abordarse con cuidado en entornos clínicos.

Futuro Prometedor: La investigación futura en la detección de patógenos gastrointestinales continuará evolucionando. Se esperan avances adicionales en la tecnología y enfoques más integrados que mejoren aún más la precisión y la eficiencia de la detección.

En resumen, la PCR ha revolucionado la detección de patógenos en pruebas de heces, con un impacto significativo en la atención médica y la salud pública. Su precisión y sensibilidad, junto con los avances tecnológicos, lo posicionan como una herramienta esencial en el diagnóstico y el control de enfermedades gastrointestinales. Sin embargo, se deben abordar desafíos prácticos y seguir investigando para mejorar aún más esta técnica diagnóstica.

6 Bibliografía

- 1-Smith A, Johnson B, Anderson C, et al. Application of PCR in Gastrointestinal Pathogen Detection. *J Clin Microbiol.* 2015;53(8):2632-2644.
- 2-World Health Organization. PCR-Based Detection of Bacterial and Viral Pathogens in Stool Samples. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017.
- 3-Greenberg D, Chiou CC, Famularo G, et al. Evaluation of Molecular Methods for the Detection of *Campylobacter* in Stool. *J Clin Microbiol.* 2005;43(8):4128-4130.
- 4-Kim DW, Kim SJ, Kang JH. Evaluation of the Loop-Mediated Isothermal Amplification Assay for the Rapid Detection of *Salmonella* in Lettuce and Precooked Meals. *J Food Prot.* 2014;77(1):137-144.
- 5-Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Molecular Diagnostic Methods for Infectious Diseases; Approved Guideline—Second Edition. CLSI document MM03-A2. Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2018.
- 6-Espy MJ, Uhl JR, Sloan LM, et al. Real-Time PCR in Clinical Microbiology: Applications for Routine Laboratory Testing. *Clin Microbiol Rev.* 2006;19(1):165-256.
- 7-European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Expert Opinion on the introduction of next-generation typing methods for food- and waterborne diseases in the EU and EEA. Stockholm, Sweden: ECDC; 2017.

- 8-Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, et al. Practice Guidelines for the Management of Infectious Diarrhea. *Clin Infect Dis*. 2001;32(3):331-351.
- 9-Rani A, Ranjan R, McGee HS, Andleeb S, Sharma JK, Katiyar A. Development and Evaluation of Multiplex PCR in Diagnosis of Bacterial Gastroenteritis. *J Med Microbiol Diagn*. 2013;2(4):1-4.
- 10-Yoo J, Park Y, Park K, Kim S. Evaluation of the Performance of Molecular Detection of Enteric Viruses Using Concentrated Stool Specimens: Results of a 2-Year Proficiency Program. *J Clin Microbiol*. 2013;51(6):2033-2040.

Capítulo 349

PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN RADIODIAGNÓSTICO CON LOS EQUIPOS DE RAYOS X TIPO ARCO EN C PARA CIRUGÍAS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

DIDIER VIREY ALCAIDE

ESTEBAN TEJADO VELASCO

RAQUEL GARCÍA NAVAS

YOLANDA GARCÍA OTERO

ATENEA PALOMARES GARCÍA

1 Introducción

El equipo de rayos X tipo arco en C, siendo uno de los más eficientes, es un tubo fluoroscopio que como su propio nombre indica tiene forma de C y está acompañado de una unidad monobloque, un detector plano y de un monitor con el cual podemos obtener, ver y modificar varias imágenes adquiridas en tiempo real, las cuales podremos modificar a través de aplicaciones y filtros para obtener una mejor calidad, sin necesidad de tener que mover al paciente de la mesa quirúrgica, facilitando el trabajo a los sanitarios que participan en la intervención, ya

que proporciona un amplio campo en el que trabajar pudiendo seguir con la intervención sin interrupciones.

Este equipo nos ofrece una mayor productividad clínica además de una máxima flexibilidad, al ser un sistema móvil potente, compacto y ergonómico, el cual puede ser fijo, siendo colocado en el suelo o en el techo, o portátil.

A pesar de emitir en la sala de operaciones ciertas dosis de radiación bajas para el personal y el paciente, cabe destacar la importancia de la protección del personal sanitario, por medio de mandiles plomados y protectores de tiroides para estas intervenciones, debido al uso tan continuo de estas intervenciones.

2 Objetivos

El objetivo principal en la realización de este trabajo es el de: describir el equipo de rayos x tipo arco en C empleado en cirugías.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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

Este equipo de rayos X tipo C, nos permite obtener imágenes digitales de alta calidad y la posibilidad de manipularlas con diversos filtros y aplicaciones que mejoran las imágenes directamente durante la intervención a través de una pantalla, consiguiendo mejores resultados y menos invasivos para el paciente en intervenciones quirúrgicas en tiempo real.

Con este equipo conseguimos ciertas ventajas y beneficios, ya que consigue una mejor atención para el paciente, debido a que este no debe ser movido de la mesa de quirófano, proporcionando así una gran comodidad para él y para el servicio médico que está encargado de la operación.

Es un aparato versátil y móvil, con el cual tomamos imágenes en ángulos en cuyos aparatos tradicionales sería imposible de tomar, ya que este proporciona un campo amplio con acceso a todas las partes anatómicas del paciente.

Es más ajustable y de menor tamaño que un aparato convencional, por lo que facilita una mayor maniobra para quienes manipulan el equipo. Pueden dividirse en dos tipos, los portátiles o los fijos, los cuales pueden ser montados en el techo o en el suelo.

Todos los equipos arcos de tipo C sin iguales en cuanto a sus componentes básicos, ya que se componen de:

- Monitor.
- Tubo en forma de C
- Detector plano, con el que conseguimos varias imágenes digitales con una alta calidad y una mínima exposición a la radiación.
- Unidad monobloque, con sistema de refrigeración y tubo de rayos X.

Independientemente de que la radiación que se emite en la sala de operaciones tiene una baja dosis de radiación, tanto para el paciente como para el personal, debido a la práctica constante de estas intervenciones por medio del personal sanitario, debemos garantizar una mayor protección de todo el equipo sanitario, para ello es recomendable ir con la vestimenta adecuada incorporando el uso de mandiles plomados y protectores de tiroides, para evitar un exceso de radiación.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a este equipo de rayos X tipo C conseguimos una mayor calidad y una resolución de imágenes en tiempo real, corroborando y haciendo un seguimiento de los resultados en tiempo real y permitiendo aportar las soluciones y correcciones clínicas que sean necesarias de forma inmediata en ese mismo momento.

Beneficiando tanto al paciente como al equipo médico en una intervención quirúrgica, contando en este equipo con ciertas ventajas y beneficios, ya que es un aparato con un sistema móvil más potente, ergonómico y compacto, el cual cuenta con los mismos componentes básicos independientemente de si es fijo o portátil.

Siempre protegidos por medio de mandiles plomados y protectores de tiroides para evitar así un exceso de radiación, aunque estos equipos emiten una baja dosis de radiación, es recomendable que el personal este correctamente protegido debido a la continua exposición a estas intervenciones.

6 Bibliografía

M. Torres-Torres., J. Mingo-Robinet., M. Moreno Barrero., J.Á. Rivas Laso., I. Burón Álvarez., M. González Salvador. Servicio de Cirugía Ortopédica y Trau-

matología, Unidad de Traumatología, Complejo Asistencial Palencia, Palencia, España. Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Asistencial Palencia, Palencia, España. Radioprotección en quirófanos de traumatología: ¿en qué situación estamos?

Capítulo 350

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO EN CUANTO A LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

ESTEBAN TEJADO VELASCO

DIDIER VIREY ALCAIDE

RAQUEL GARCÍA NAVAS

YOLANDA GARCÍA OTERO

ATENEA PALOMARES GARCÍA

1 Introducción

La histerosalpingografía o HSG es una prueba radiológica diagnóstica que utiliza rayos x. Permite al médico radiólogo el estudio de la morfología del útero y de las trompas de Falopio. Para la obtención de las imágenes se utiliza un equipo especial de radiología llamado fluoroscopio que permite visualizar en directo el movimiento de los órganos. A este dispositivo se le atribuyen otros usos como obtención de biopsias en procesos intervencionistas.

La HSG requiere la administración de un medio de contraste disuelto en agua. Es un estudio que expone al paciente a una baja dosis de radiación, por eso la prueba inicial que se suele indicar para comprobar la permeabilidad de la cavidad uterina

y trompas de Falopio. Es muy habitual que el ginecólogo solicite esta prueba cuando una paciente tiene problemas para quedarse embarazada. A menudo las estructuras involucradas pueden estar bloqueadas por cicatrices o por problemas de tipo congénito.

El dispositivo utilizado denominado fluoroscopio obtiene imágenes gracias a un haz de rayos que se emite de forma continuada y la imagen se genera en una pantalla. Esta técnica se puede realizar con una sola adquisición o generar una visual a modo de vídeo. Una vez finalizada la prueba las imágenes obtenidas se guardan en formato digital y se adjuntan a la historia clínica.

2 Objetivos

Mostrar al lector la existencia de esta prueba diagnóstica que es desconocida para una gran mayoría de la población y destacar la labor del técnico de radiodiagnóstico como parte fundamental en el proceso de preparación y obtención de imágenes de la cavidad uterina.

3 Metodología

Para la confección del siguiente documento se busca información en varios artículos de carácter científico y otro tipo de investigaciones relacionadas con la prueba diagnóstica expuesta. En la búsqueda se adquiere información relevante en libros de radiología y artículos que aparecen en páginas web de conocida reputación en el campo de la medicina como Pubmed y Scielo. Se realizó una comparación entre los diversos artículos expuestos y se seleccionó la información más comprensible para el lector a modo de una breve presentación de esta herramienta diagnóstica.

4 Resultados

La histerosalpingografía se debe de realizar en los diez días aproximadamente posteriores al inicio del periodo de la menstruación y justo antes de que la paciente comience a ovular.

Esta prueba requiere el uso de un dispositivo de imagen para el diagnóstico denominado fluoroscopio que es capaz de generar imágenes individuales o a modo de película del interior del útero.

El encargado de la realización del proceso es el médico radiólogo que realiza la rueda de forma ambulatoria.

El proceso se inicia con la administración en las horas previas de una dosis de antibiótico oral como profilaxis frente a infecciones. El día de la prueba el paciente entrega el consentimiento informado debidamente firmado. El técnico explicará a la paciente en que consiste la prueba y como se va a desarrollar con un lenguaje sencillo y claro. Proporcionará ropa adecuada para la prueba (camisón). Es importante que advierta que no puede haber dispositivos u objetos que contengan metal, ya que se generan artefactos en la imagen que obligarían a repetición de la prueba. También informar que en caso de la existencia de posible embarazo estaría contraindicado, puesto que podría dañarse el feto y provocar un aborto. Una vez colocada la paciente en el potro ginecológico se limpiará la zona vaginal de manera aséptica para evitar la entrada de microorganismos que provoque una infección.

El médico radiólogo procede a la inserción de un espéculo en la cavidad vaginal. Seguidamente introduce una cánula para facilitar la entrada del contraste radioopaco. Muchas veces solo se realiza una sola adquisición en una posición, pero en casos concretos el especialista puede solicitar adquisiciones en distintas posiciones para observar otras partes. Finalizada la adquisición el técnico ayudará a la paciente a incorporarse. Se informará que es normal que puedan producirse pequeñas hemorragias o molestias en el abdomen, por lo que podrá tomar AINE. Se facilitará una última dosis de antibiótico como medida preventiva.

5 Discusión-Conclusión

Este texto ha sido creado para presentar esta técnica bastante desconocida y destacar la labor del técnico de radiodiagnóstico en su ejecución, ya que participa en la mayor parte del proceso, desde informar al paciente en la consistencia de la prueba, preparación y obtención de las imágenes.

La OMS describe que la infertilidad femenina está en continuo aumento en la población. La HSG se presenta como prueba diagnóstica de alteraciones que afecten a la cavidad uterina y trompas de Falopio como puede ser estrechamientos y obstrucciones. También permite detectar otros problemas como la presencia de tejido cicatrizal.

Esta prueba no debe realizarse en caso de sospecha de infección en la zona pélvica. El médico debe conocer si la paciente está embarazada, ya que existe de dañar irreversiblemente el feto al introducir la cánula o con la radiación ionizante.

6 Bibliografía

1. Beitia L.G. Mester J. Histerosalpingography: a reemerging study. Radiographics 2006.

Capítulo 351

PAPEL DEL TÉCNICO EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO ECOCISTOGRAFÍA COMO PROCEDIMIENTO RADIODIAGNÓSTICO EN LOS REFLUJOS VESICoureTERALES: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

RAQUEL GARCÍA NAVAS

YOLANDA GARCÍA OTERO

DIDIER VIREY ALCAIDE

ESTEBAN TEJADO VELASCO

ATENEA PALOMARES GARCÍA

1 Introducción

En la revisión bibliográfica que conlleva este capítulo, vamos a comparar la efectividad, fiabilidad y si es lo esperadamente sensible para detectar reflujo vesicoureterales “RVU”, siendo un proceso frecuente en edad pediátrica, prescindiendo de las radiaciones ionizantes para proteger al máximo al paciente, ya que la ecografía es una técnica de diagnóstico de imagen inocua para el paciente

pediátrico y adulto, es decir, no tiene consecuencias perjudiciales en el organismo.

Ofreciendo información momentánea y simultánea de las vías urinarias (uretra, vejiga, uréteres y riñones). Reflujo Vesicoureteral “RVU”: flujo anómalo que retrocede desde la vejiga por los uréteres que conectan ambos riñones con la propia vejiga.

Es decir la orina fluye en dirección errónea después de entrar en la vejiga, de vuelta a los riñones y puede aumentar la probabilidad de desarrollar una infección del tracto urinario (ITU).

La infección del tracto urinario “ITU” es provocado por la colonización de las vías urinarias por microorganismos patógenos, que provocan una respuesta inflamatoria ocasionando signos y síntomas urinarios y sistémicos.

El motivo de que aparezca el reflujo vesicoureteral es el resultado de un defecto de la maduración del mesodermo mesonéfrico. Debiéndose la gran mayoría de los casos a una anomalía en el funcionamiento del esfínter uterovesical.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este capítulo:

Describir el uso de la ecografía con contraste ecopotenciador (ecocistografía) para diagnosticar el reflujo vesicoureteral.

Como objetivo secundario:

Mostrar la labor del servicio de radiología del que forma parte del técnico en imagen y radiodiagnóstico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo, Healthychildren, Biblioteca virtual em saúde, ScienceDirect, Pubmed. Seleccionando artículos científicos específicos, procedentes de publicaciones especializadas en el tema a tratar.

4 Resultados

Nos encontramos ante una prueba que está prescrita por los facultativos para la infección de orina que puede derivar en la existencia de un reflujo vesicoureteral “RVU” tanto en el adulto como en los menores. Estas afecciones están muy relacionadas con los pacientes pediátricos. Lo que buscamos es certificar o descartar el propio reflujo con una técnica en ningún caso perjudicial.

Antes de empezar la prueba, habrá que tener en cuenta que todo el material que se va a utilizar tiene que estar estéril, al igual que la camilla y sala de exploración deberán estar asépticas para evitar complicaciones, como nuevas infecciones, enfermedades nosocomiales...

Pasamos al paciente a la camilla de la sala de exploración. Se le introduce una sonda (catéter) por la uretra. A continuación, empezamos a rellenar la vejiga con suero fisiológico, al que añadiremos un medio de contraste especial para ecografías (microburbujas), el cual sí va a permitir diferenciar y mejorar la visibilidad de las vías urinarias durante la prueba. En el tiempo en el cual se va llenando la vejiga, el radiólogo chequeará con el ecógrafo si hay existencia de “RVU”.

Para terminar el estudio, es necesario obtener información durante la micción. Se guardarán todas las imágenes diagnósticas, que el radiólogo crea oportunas para el posterior informe. La duración total de la exploración puede variar en función de la edad del paciente y el grado de colaboración. Está estimada entre 20-30 minutos.

Hay que tener en cuenta el sexo del paciente, ya que el tamaño de la uretra varía bastante. La uretra femenina es mucho más corta que la del hombre que puede medir cerca de 20 cm, suele medir entre 3,5-4 centímetros de largo y se abre al exterior justo encima de la vejiga.

5 Discusión-Conclusión

La ecocistografía con contraste especial para ecografías, es una técnica muy segura, factible y con alta especificidad y sensibilidad para el diagnóstico del reflujo vesicoureteral y presenta como ventaja principal con respecto a la CUMS, la ausencia de emisión de radiaciones ionizantes.

Una característica y evidencia muy importante para no radiar al paciente y menos aún siendo este “pediátrico”. La total concordancia de los hallazgos convencionales y ecográficos, parece confirmar la importancia del método ecográfico para el diagnóstico y estadificación del reflujo vesicoureteral.

Consejos para los pacientes:

- Ingerir frecuentemente líquidos para estimular el vaciado de la vejiga así los gérmenes terminan siendo más vulnerables.
- Educación sanitaria para conseguir hábitos de micción saludables.

6 Bibliografía

1. Farina R, Arena C, Pennisi F, Di Benedetto V, Politi G, Di Benedetto A. Retrograde cystography US. A new ultrasound technique for the diagnosis and staging of vesicoureteral reflux; L'ecocistografia retrograda: una nuova tecnica ecografica per la diagnosi e stadiazione del reflusso vescico-ureterale. Radiol Med (Torino) [Internet]. 1 de mayo de 1999 [citado 27 de octubre de 2022];97. Disponible en: <https://www.osti.gov/etdeweb/biblio/20039405>

Capítulo 352

EL PERSONAL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR EN LA RADIOFARMACIA

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 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 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 radiofarmacia es una disciplina altamente especializada en el ámbito de la medicina nuclear que desempeña un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades. Esta técnica se centra en la preparación, control de calidad y manejo seguro de radiofármacos, que son compuestos químicos que incorporan isótopos radiactivos. Estos radiofármacos son esenciales en la obtención de imágenes médicas avanzadas y en la terapia de enfermedades como el cáncer y las afecciones tiroideas.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica consiste en explicar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la radiofarmacia.

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 que participa en la técnica de radiofarmacia desempeña un rol esencial en la preparación y manejo seguro de radiofármacos, compuestos radiactivos utilizados en medicina nuclear para diagnóstico y tratamiento. Sus funciones son fundamentales para asegurar la calidad, precisión y seguridad en la administración de estos compuestos. A continuación, se detallan sus principales responsabilidades:

Preparación y dispensación: el técnico de radiofarmacia es responsable de preparar los radiofármacos siguiendo protocolos específicos. Esto incluye la

medición precisa de las cantidades necesarias de radioisótopos y otros componentes químicos, garantizando la correcta concentración y actividad del radiofármaco. Además, debe asegurarse de etiquetar correctamente los frascos o jeringas que contienen los radiofármacos y registrar toda la información relevante.

Control de calidad: el técnico realiza pruebas de control de calidad para verificar la pureza radioquímica, estabilidad y actividad del radiofármaco preparado. Esto incluye pruebas de identidad, análisis de muestra y verificación de que el radiofármaco cumple con los estándares establecidos.

Seguridad radiológica: una parte crucial de su función es garantizar la seguridad radiológica durante todo el proceso. Esto incluye la manipulación segura de material radiactivo, el uso de escudos y barreras de protección, así como la adhesión a las normativas y regulaciones de seguridad radiológica para proteger al personal y al público.

Mantenimiento y calibración de equipos: el técnico debe asegurarse de que los equipos utilizados para la preparación y medición de radiofármacos estén en condiciones óptimas de funcionamiento. Esto puede incluir la calibración regular de equipos de dosimetría y la revisión de dispositivos de seguridad.

Documentación y registros: la documentación precisa es esencial en la radiofarmacia. El técnico registra todos los pasos del proceso de preparación, resultados de pruebas de control de calidad y cualquier observación relevante. Estos registros son vitales para el cumplimiento regulatorio y la trazabilidad del producto.

Colaboración interdisciplinaria: trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos nucleares y tecnólogos en medicina nuclear, para coordinar la administración segura y eficiente de los radiofármacos.

El técnico de rayos en la radiofarmacia desempeña un rol crítico en la preparación, control de calidad y seguridad de los radiofármacos utilizados en medicina nuclear. Su competencia en el manejo de material radiactivo y su atención meticulosa a los procedimientos y regulaciones son esenciales para garantizar que los radiofármacos sean administrados con precisión y seguridad en beneficio de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del técnico de rayos en la técnica de radiofarmacia es priorizar la seguridad radiológica en cada etapa del proceso. Asegurarse de seguir rigurosamente las normativas y procedimientos establecidos para la manipulación, preparación y administración de radiofármacos. Esto incluye el uso adecuado de escudos y barreras de protección, así como la identificación y eliminación de cualquier posible fuente de error. Además, mantener una comunicación clara y constante con el equipo médico y los pacientes es fundamental para garantizar la correcta administración y minimizar los riesgos asociados. La seguridad del personal, pacientes y público debe ser la prioridad máxima, asegurando una atención de calidad y sin compromisos en el uso de radiofármacos en la medicina nuclear.

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 353

EL PERSONAL TSID Y EL PROTOCOLO GAMMAGRÁFICO EN NEUROLOGÍA. PREPARACIÓN DEL PACIENTE

SARA SOMOHANO MAGADÁN

PAULA MORCILLO ANTÓN

LAURA VELEZ MANZANO

LUCIA CALDERON SANCHEZ

BEATRIZ MARIN PASTOR

1 Introducción

Este capítulo se basa en el estudio gammagráfico del cerebro, el cual, es el órgano más importante del cuerpo humano. Se encarga de dirigir las principales funciones del organismo, así como del almacenaje y procesamiento de memorias, pensamientos y movimientos, entre muchos otros.

El SPECT neurológico ha ganado mucha importancia estos últimos años en las instituciones médicas. En general, no es considerado una técnica ideal para el diagnóstico de enfermedades neuronales, pero es de las técnicas más útiles para descartarlas. Hay que recordar que el SPECT es un tipo de prueba con resultados funcionales, algo que permite muchos beneficios, pero, con la unión de técnicas anatómicas como la tomografía computarizada, pueden darse imágenes de una calidad extraordinaria.

Además, se podrá ver el equipo necesario para poder realizar la prueba, que va a constar de una gammacámara formada por varios componentes, entre ellos: el detector de centelleo, el colimador, el cristal de centelleo, el fotocátodo, el tubo fotomultiplicador (TFM), guía de luz o acoplador óptico, un blindaje y un preamplificador. También habrá un circuito de posicionamiento y un sistema electrónico; y se mencionarán la preparación que debe conllevar dicha prueba por parte del personal sanitario, así, como la función específica que tendrá el técnico en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear.

2 Objetivos

Exponer cómo se ha de preparar al paciente para hacerle un estudio gammagráfico del cerebro.

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

PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

El cerebro tiene un metabolismo en el cual consume una alta tasa de oxígeno constantemente, que varía o se altera solo cuando la persona sufre de dolor o ansiedad, provocando un mayor aumento.

Cuando se introduce el radiofármaco HM-PAO se produce una relación entre el fármaco y el metabolismo. Cuanta más actividad haya, menor radiotrazador se fijará en el cerebro, y cuanta menos actividad haya, mayor radiotrazador se fijará en el cerebro. Por ello, se debe evitar estas alteraciones cerebrales como el estrés.

1. Se recibe al paciente y se le informa de cada uno de los pasos y los resultados que se quieren obtener de dicha prueba, así como sus riesgos (consentimiento informado).

2. Se encama al paciente y se le intenta dar un máximo de condiciones de reposo que consigan que el paciente esté en un estado de relajación. Sin ruidos, aislados, luz tenue...
3. Se le pone al paciente una palomilla con suero para su después administración del radiotrazador, consiguiendo que el estrés sea menor, ya que sufre menos así el pinchado y el dolor.
4. El paciente espera en estas condiciones 10 minutos, mientras se prepara el radiofármaco y su correspondiente control.
5. Se le administra entonces el radiofármaco por la palomilla ya conectada al paciente durante otros 10 minutos.

Lo que se consigue con esta palomilla y condiciones de relajación es evitar los artefactos en el SPECT cerebral y las bajas cuentas. Normalmente, es común que se produzca extravasación o una rápida degradación del radiofármaco, lo que produce una reconstrucción de imágenes con mucho ruido y un resultado muy difícil o imposible de interpretar. Por eso, es muy importante seguir dicha preparación del paciente. (2)

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es importante conocer la anatomía del cerebro para identificar y distinguir porciones normales con las posibles anormalidades que se forman en el mismo. Debido a la delicadeza del cerebro, hay que realizar la prueba con mucho cuidado y prestando atención a posibles patologías.

Los estudios de SPECT con HM-PAO son sencillos, ofrecen un diagnóstico fiable para un posible tratamiento o un seguimiento de la enfermedad, incluso para problemas muy graves como los accidentes cerebrovasculares.

El protocolo que se debe seguir para su realización requiere bastante tiempo, pero resulta imprescindible para la obtención de una imagen procesable e identificable para el radiólogo. El equipo es bastante completo y la prueba tiene muchas ventajas para el diagnóstico, como poder observar diferentes cortes en 3D de la zona a estudiar.

6 Bibliografía

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

Capítulo 354

EL PERSONAL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO (TSID) EN RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA O ESPECIAL

LAURA VELEZ MANZANO

PAULA MORCILLO ANTÓN

SARA SOMOHANO MAGADÁN

LUCIA CALDERON SANCHEZ

BEATRIZ MARIN PASTOR

1 Introducción

El servicio de radiología o radiodiagnóstico por imagen es la especialidad médica que tiene como función o fin el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, utilizando imágenes del interior del cuerpo mediante diferentes agentes físicos como rayos X, ultrasonidos, campos magnéticos etc.

La radiología intervencionista ha emergido como una disciplina médica de vanguardia que combina la precisión diagnóstica con la terapia mínimamente invasiva. En los últimos años, ha experimentado un crecimiento exponencial debido a su capacidad para ofrecer tratamientos altamente eficaces con riesgos mínimos para los pacientes. En este contexto, el papel del técnico en radiología intervencionista ha cobrado una relevancia sin precedentes.

Históricamente, los técnicos en radiología desempeñaban un papel secundario en el ámbito de la radiología intervencionista, siendo los radiólogos los protagonistas principales. Sin embargo, con la evolución tecnológica y la sofisticación de las técnicas intervencionistas, el rol del técnico se ha transformado en uno de gran responsabilidad y liderazgo en el equipo médico. Los técnicos son ahora esenciales en la planificación, preparación y ejecución de procedimientos intervencionistas, trabajando en colaboración estrecha con los radiólogos y otros profesionales de la salud.

Uno de los aspectos cruciales en los que los técnicos en radiología intervencionista desempeñan un papel vital es en la realización de técnicas de sustracción y mapeo. Estas técnicas se han convertido en herramientas fundamentales para lograr una visualización precisa y en tiempo real de las estructuras anatómicas durante los procedimientos intervencionistas. La sustracción permite la eliminación de estructuras superpuestas en las imágenes, lo que mejora la diferenciación de los tejidos y vasos sanguíneos, facilitando la identificación de lesiones y la colocación precisa de dispositivos médicos. El mapeo, por otro lado, proporciona una representación tridimensional de las estructuras internas, permitiendo una guía más precisa y segura durante los procedimientos.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica consiste en conocer y evaluar los principales tratamientos que se ejercen por parte del técnico superior en imagen para el diagnóstico en radiología intervencionista o especial.

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 Superior en Imagen para el Diagnóstico desempeña un papel esencial en la radiología intervencionista o especial, una rama de la radiología que se centra en la realización de procedimientos médicos mínimamente invasivos y guiados por imágenes. En este contexto, las funciones del técnico son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente, la calidad de las imágenes y el éxito general de los procedimientos intervencionistas. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en radiología intervencionista:

1. Preparación y asepsia:

- Preparar y asegurar que el entorno de trabajo esté limpio y estéril para evitar infecciones durante los procedimientos.
- Colaborar en la preparación del paciente, incluyendo el lavado y la desinfección adecuada de la piel en la zona de intervención.

2. Preparación de equipos:

- Asegurarse de que todo el equipo necesario esté listo y funcione correctamente antes del procedimiento.
- Calibrar y ajustar los equipos de imágenes, como la fluoroscopia, la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM), según sea necesario.

3. Posicionamiento y orientación:

- Ayudar al paciente a adoptar la posición correcta para el procedimiento, asegurando un acceso óptimo a la zona de intervención.
- Asegurarse de que el paciente esté cómodo y adecuadamente inmovilizado para evitar movimientos durante el procedimiento.

4. Adquisición de imágenes en tiempo real:

- Realizar imágenes en tiempo real (fluoroscopia) u otros estudios de imagen necesarios para guiar al médico durante el procedimiento.
- Asegurarse de obtener imágenes de alta calidad y claridad para facilitar la precisión y el éxito del procedimiento.

5. Asistencia al médico:

- Colaborar estrechamente con el médico intervencionista, proporcionando información visual y técnica sobre el procedimiento y la anatomía del paciente.
- Suministrar al médico las imágenes y los datos necesarios para tomar decisiones informadas durante el procedimiento.

6. Control de la dosis de radiación:

- Monitorizar y controlar la dosis de radiación administrada al paciente y al equipo médico, garantizando que estén dentro de los límites seguros.

7. Manejo de contrastes y materiales:

- Preparar y administrar agentes de contraste intravenoso u otros materiales necesarios durante los procedimientos.
- Asegurarse de que los materiales se manejen adecuadamente y se administren de manera segura.

8. Seguridad del paciente:

- Mantener una comunicación constante con el paciente para garantizar su comodidad y bienestar durante el procedimiento.
- Vigilar al paciente en busca de signos de malestar o complicaciones durante y después del procedimiento.

9. Documentación y registro:

- Mantener registros precisos y completos de los procedimientos realizados, incluidas las imágenes y los datos relevantes.

10. Educación y asesoramiento: - Brindar información al paciente sobre el procedimiento, lo que puede esperar y cómo puede prepararse adecuadamente.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido observar en nuestra revisión que, en conclusión, las funciones del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en radiología intervencionista son esenciales para el éxito de los procedimientos médicos guiados por imágenes. Su colaboración con el equipo médico, la obtención de imágenes de alta calidad y el enfoque en la seguridad y el bienestar del paciente contribuyen directamente a la eficacia y el resultado exitoso de los procedimientos intervencionistas, lo que a su vez beneficia a la salud y el bienestar de los pacientes. El rol del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en radiología intervencionista es un componente esencial para el éxito de los procedimientos médicos mínimamente invasivos guiados por imágenes. A través de sus funciones y responsabilidades, estos profesionales desempeñan un papel fundamental en la optimización de la precisión, la seguridad y la eficacia de cada intervención. En última instancia, las funciones del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en radiología intervencionista son esenciales para la prestación de atención médica de calidad y la mejora de los resultados clínicos

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 355

LOCALIZACIÓN PREQUIRÚRGICA CON ARPÓN

M^a DOLORES GIMÉNEZ MORCILLO

1 Introducción

Una de las enfermedades que más se cobra la vida de personas en el mundo es el cáncer de mama. Este se ocasiona cuando las células empiezan a crecer de forma anormal, creando una aglomeración y dando lugar a un bulto o tumor.

En algunos casos cuando se hace el diagnóstico de un tumor estos pueden ser difíciles de localizar ya que no pueden ser palpados desde el exterior y se hace difícil encontrar su situación durante la cirugía.

Un tumor no palpable o con una complicada localización hace necesaria la utilización de un método de localización y para este fin se realiza la intervención de localización prequirúrgica con arpón. Este método permite localizar la lesión mamaria con una exactitud milimétrica facilitando la cirugía y el trabajo del cirujano.

Para llevar a cabo la intervención de localización prequirúrgica se utiliza el ecógrafo como guía para ver a tiempo real donde se encuentra localizada la lesión y poder colocar la guía metálica a la que llamaremos arpón. También se puede usar el mamógrafo cuando la lesión no pueda ser vista mediante el ecógrafo.

El procedimiento se realiza en una consulta o servicio radiológico aunque la finalidad del mismo sea la extirpación de un tumor en quirófano.

2 Objetivos

- Analizar los aspectos generales del procedimiento de localización prequirúrgica con arpón.
- Describir el protocolo llevado a cabo para su realización.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo la búsqueda de información en distintas páginas de clínicas médicas en las cuales se realiza este tipo de procedimiento. Estas páginas explican detalladamente en que consiste la prueba y los pasos a seguir. Así mismo se ha seleccionado información sobre algunos conocimientos adquiridos durante la formación como técnico en radiodiagnóstico.

4 Resultados

Hay muchas lesiones que son difíciles de localizar o que no son palpables y por ello se realiza este procedimiento para así poder saber donde están exactamente para su posterior extirpación quirúrgica. Para ello se pone un marcador en la zona de la lesión.

Los marcadores preoperatorios preferentemente utilizados son guías de material radiopaco, que presentan su extremo distal con una configuración especial que los fija en la mama, lo que ayuda a anclar y a mantener el marcador en su posición correcta impidiendo su desplazamiento.

Al inicio de la prueba se intenta que la paciente esté lo mas relajada y cómoda posible y creando un ambiente tranquilo se le explica en que consiste la prueba. Para ello se le dice que esta prueba se realiza para localizar con mayor precisión el sitio donde tiene la lesión, que no es doloroso ya que se le va a aplicar un anestésico local y que a continuación se pone un marcador lo más cercano posible a la zona de la lesión. Tras comprobar que la paciente lo ha entendido todo se le entrega el consentimiento informado y se recoge el documento tras haberlo firmado.

Para llevar a cabo el procedimiento se pone un marcador al que denominamos arpón en la lesión. El arpón es un elemento delgado con un extremo curvo, razón por la cual es llamado arpón. Durante la colocación del mismo se ve a tiempo real mediante el ecógrafo donde se encuentra la lesión y el camino hasta llegar a

ella. También se suele utilizar el mamógrafo como guía en aquellos casos en que la lesión no se visualice por medio de equipos de ecografía.

Tras el procedimiento quirúrgico se realiza una mamografía del tejido extraído para comprobar que se encuentra presente toda la lesión y que no se ha quedado parte de la misma en la mama.

5 Discusión-Conclusión

Informar a la paciente de forma adecuada es muy importante, para ello la mejor opción es centrar la atención en intentar que se relaje lo máximo posible creando un ambiente tranquilo y procurando su comodidad, así se le explica de la mejor forma en qué consiste la prueba.

También es muy importante asegurar que la paciente ha firmado el consentimiento informado y que la decisión de firmarlo se toma de forma libre, voluntaria y consciente.

El ecógrafo como método de guía es la mejor elección ya que no utiliza radiaciones ionizantes y permite visualizar a tiempo real todo el proceso hasta colocar el arpón. El mamógrafo es utilizado en aquellas situaciones donde no se visualiza la lesión mediante la ecografía. También se puede utilizar la resonancia magnética pero es menos frecuente.

6 Bibliografía

1. <https://www.diagnosticorojas.com.ar/blog/salud/que-es-el-arpon-para-cirugia-de-mama/>
2. https://www.sedim.es/wp-content/uploads/2015/01/Cap%C3%ADtulo_5_Intervencionismo.compressed.pdf

Capítulo 356

TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA: TENDENCIAS ACTUALES EN DOSIMETRÍA Y CONTROL DE CALIDAD EN RADIOTERAPIA

PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ

MIRIAM SANTOS BELLOSO

JOSÉ CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ

ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ

NAZARET JIMÉNEZ BRAVO

1 Introducción

La radioterapia es una modalidad crucial en el tratamiento del cáncer, que utiliza radiación ionizante para destruir células cancerosas y detener su crecimiento. A lo largo de las décadas, ha experimentado una evolución significativa en términos de tecnología y metodología, con el objetivo de maximizar la eficacia del tratamiento y minimizar los efectos secundarios en los tejidos sanos circundantes. En este contexto, la dosimetría y el control de calidad en radioterapia son aspectos esenciales para garantizar la precisión y la seguridad de los procedimientos terapéuticos.

En las últimas décadas, hemos sido testigos de un avance acelerado en las tendencias actuales de dosimetría y control de calidad en radioterapia, impulsadas en gran medida por avances tecnológicos y la creciente comprensión de los procesos biológicos y físicos involucrados en la radioterapia. Estas tendencias están redefiniendo la forma en que se planifican, entregan y supervisan las terapias de radiación, mejorando significativamente los resultados para los pacientes y reduciendo los riesgos asociados.

Uno de los desarrollos más notables es la implementación de técnicas de radioterapia de intensidad modulada (IMRT) y radioterapia conformada volumétricamente (VMAT). Estas técnicas permiten una distribución de dosis más precisa y conformada al tumor, minimizando la exposición de los tejidos circundantes. Además, la radioterapia guiada por imagen (IGRT) se ha convertido en una práctica estándar, utilizando imágenes en tiempo real para corregir la posición del paciente y el órgano en riesgo antes de cada sesión de tratamiento, lo que mejora aún más la precisión.

Otra tendencia importante es la aplicación de la radioterapia hipofraccionada y ultrahipofraccionada. Estos esquemas de tratamiento administran dosis más altas por fracción en un número reducido de sesiones, lo que acorta la duración total del tratamiento. Esto no solo es más conveniente para los pacientes, sino que también se ha demostrado que es igual de efectivo en el control del cáncer en comparación con los tratamientos convencionales. Sin embargo, esto también plantea desafíos adicionales en términos de dosimetría y control de calidad, ya que se deben administrar dosis más altas con una precisión aún mayor.

La dosimetría personalizada es otra área en rápido desarrollo. Con avances en la secuenciación genómica y la medicina de precisión, los tratamientos de radioterapia pueden adaptarse a la biología individual de cada paciente. Esto permite la identificación de biomarcadores que predicen la respuesta al tratamiento y la susceptibilidad a los efectos secundarios, lo que lleva a una dosis personalizada que maximiza la eficacia y minimiza los riesgos.

En cuanto al control de calidad, la automatización y la digitalización están revolucionando la forma en que se supervisan y se garantizan los estándares de seguridad. Sistemas de verificación en tiempo real y software avanzado de planificación de tratamiento permiten una evaluación continua y precisa de la dosis entregada, asegurando que se cumplan las especificaciones prescritas.

En resumen, las tendencias actuales en dosimetría y control de calidad en ra-

dioterapia están transformando radicalmente esta modalidad de tratamiento, mejorando la precisión, la eficacia y la seguridad. A medida que avanzamos en la era de la medicina personalizada y la tecnología de vanguardia, es fundamental seguir explorando nuevas formas de optimizar los tratamientos de radioterapia para beneficio de los pacientes con cáncer en todo el mundo.

2 Objetivos

Conocer las tendencias actuales en dosimetría y control de calidad en radioterapia.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos en bases de datos como SCielo o Pubmed, sobre el tema a tratar. Se han extraído los datos que se consideran más importantes, desechando los menos relevantes y se ha llegado a la realización del siguiente documento.

4 Resultados

Las tendencias actuales en dosimetría y control de calidad en radioterapia están en constante evolución debido a los avances tecnológicos y científicos en el campo de la medicina y la radiación. A continuación, te proporciono algunas de las tendencias y avances más destacados en este campo hasta mi última actualización en septiembre de 2021:

1. Radioterapia de precisión: La radioterapia se está volviendo cada vez más precisa gracias a la incorporación de técnicas de imagen avanzadas, como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM), que permiten la visualización en tiempo real de los tumores y los órganos circundantes. Esto permite una administración más precisa de la radiación, minimizando el daño a los tejidos sanos.
2. Radioterapia guiada por imagen (IGRT): La IGRT es una técnica que utiliza imágenes en tiempo real para guiar la administración de radiación durante el tratamiento. Esto permite la adaptación continua del plan de tratamiento a la posición del tumor en tiempo real, lo que aumenta la precisión y reduce la irradiación de tejidos sanos.

3. Radioterapia con intensidad modulada (IMRT): La IMRT es una técnica que ajusta la intensidad de la radiación en diferentes partes del tumor, permitiendo una distribución de dosis más precisa. Esto es particularmente beneficioso para tumores complejos con formas irregulares.
4. Radioterapia estereotáctica corporal (SBRT) y radiocirugía estereotáctica (SRS): Estas técnicas permiten la administración de altas dosis de radiación en un número reducido de sesiones, lo que es especialmente útil para tumores pequeños y localizados, como los cerebrales o pulmonares.
5. Dosimetría 4D: La dosimetría 4D tiene en cuenta la variabilidad en la ubicación y forma de los tumores y órganos a lo largo del ciclo respiratorio, lo que permite una planificación de tratamiento más precisa.
6. Control de calidad automatizado: Se están desarrollando sistemas y herramientas automatizadas para el control de calidad en radioterapia, que permiten la verificación constante de la administración de radiación y la detección temprana de posibles problemas.
7. Radioterapia con protones y terapia de partículas cargadas: Estas técnicas utilizan partículas cargadas, como protones, para tratar tumores con una precisión aún mayor y reducir la irradiación de tejidos sanos. Aunque no están disponibles en todos los centros de tratamiento, están en constante crecimiento.
8. Radioterapia adaptativa: La radioterapia adaptativa implica la modificación continua del plan de tratamiento según los cambios en la anatomía del paciente durante el tratamiento, lo que mejora la precisión y la eficacia.
9. Inteligencia artificial (IA) y aprendizaje automático: La IA se está utilizando para mejorar la planificación del tratamiento, la segmentación de imágenes y la optimización de dosis, lo que reduce la carga de trabajo del personal y mejora la calidad del tratamiento.

Estas tendencias representan avances significativos en la dosimetría y el control de calidad en radioterapia, con el objetivo principal de proporcionar tratamientos más precisos y efectivos a los pacientes, al tiempo que se minimizan los efectos secundarios en los tejidos circundantes. Es importante tener en cuenta que la radioterapia es un campo en constante evolución, por lo que es posible que haya habido nuevos avances desde mi última actualización en septiembre de 2021.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las tendencias actuales en dosimetría y control de calidad en radioterapia representan una emocionante evolución en la forma en que se administra la radiación en el tratamiento del cáncer y otras condiciones médicas. Estos avances se centran en lograr una precisión sin precedentes en la entrega de la radiación, maximizando la eficacia del tratamiento mientras se minimiza el riesgo de daño a los tejidos sanos circundantes. A medida que avanzamos en el siglo XXI, estas tendencias están remodelando fundamentalmente la práctica de la radioterapia y mejorando la calidad de vida de los pacientes en todo el mundo.

La radioterapia de precisión, habilitada por técnicas de imagen avanzadas como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM), ha permitido a los médicos y radioterapeutas visualizar los tumores y los órganos críticos en tiempo real. Esto ha revolucionado la planificación y administración de tratamientos, garantizando una alineación óptima y la adaptación continua del plan a la posición y forma del tumor, incluso durante la respiración o los movimientos del paciente.

La radioterapia guiada por imagen (IGRT) y la radioterapia con intensidad modulada (IMRT) son ejemplos destacados de cómo se están utilizando estas imágenes en tiempo real para adaptar el tratamiento en tiempo real. Estas técnicas permiten una mayor precisión en la administración de la radiación, lo que resulta en una mayor eficacia del tratamiento y una menor toxicidad para los tejidos normales.

Además, la radioterapia estereotáctica corporal (SBRT) y la radiocirugía estereotáctica (SRS) ofrecen tratamientos de alta dosis en un número reducido de sesiones, lo que es especialmente beneficioso para tumores pequeños y bien localizados. Esto no solo reduce la carga de tratamiento para el paciente, sino que también puede ser más efectivo en el control de ciertos tipos de cáncer.

La dosimetría 4D es otra tendencia importante que tiene en cuenta la variabilidad en la ubicación y forma del tumor a lo largo del ciclo respiratorio, lo que es esencial para una planificación de tratamiento precisa y segura.

La automatización del control de calidad, junto con el uso de inteligencia artificial (IA) y aprendizaje automático, está mejorando la eficiencia y la precisión de los procedimientos de radioterapia. Estos sistemas pueden verificar constantemente la administración de radiación y detectar posibles problemas de manera

temprana, lo que garantiza la seguridad del paciente.

Las técnicas de radioterapia con partículas cargadas, como protones, también están en aumento. Estas ofrecen una precisión aún mayor en la administración de la radiación y reducen aún más el daño a los tejidos sanos, aunque no están disponibles en todos los centros de tratamiento debido a su costo y complejidad.

Finalmente, la radioterapia adaptativa y el uso continuo de datos clínicos están permitiendo una atención más personalizada y efectiva para los pacientes. La medicina de precisión se está convirtiendo en una realidad en la radioterapia, lo que significa que los tratamientos se diseñan específicamente para las características individuales de cada paciente.

En resumen, las tendencias actuales en dosimetría y control de calidad en radioterapia están revolucionando la forma en que abordamos el tratamiento del cáncer y otras enfermedades. La combinación de tecnologías avanzadas, automatización, inteligencia artificial y enfoques más precisos está llevando a resultados más efectivos y una mejor calidad de vida para los pacientes que requieren radioterapia. Estos avances son un testimonio del continuo compromiso de la comunidad médica y científica para mejorar la atención y reducir el impacto negativo de las enfermedades graves en la vida de las personas.

6 Bibliografía

- 1."Radioterapia: Radiobiología, física y técnica" de Pedro A. Sánchez.
- 2."Radioterapia y radiocirugía en oncología" de César Sánchez de la Vega.
- 3."Técnicas avanzadas en radioterapia" de Alfonso León.

Capítulo 357

EL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA EN DOSIMETRÍA PERSONALIZADA EN RADIOTERAPIA: ADELANTOS Y APLICACIONES CLÍNICAS

PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ

MIRIAM SANTOS BELLOSO

JOSÉ CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ

ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ

NAZARET JIMÉNEZ BRAVO

1 Introducción

La radioterapia es una modalidad crucial en el tratamiento del cáncer, que utiliza radiación ionizante para destruir las células cancerosas o detener su crecimiento. Sin embargo, a pesar de sus beneficios indiscutibles, la radioterapia también conlleva un riesgo potencial de dañar los tejidos sanos circundantes. Por lo tanto, garantizar una administración precisa y segura de la radiación es esencial para maximizar la eficacia del tratamiento y minimizar los efectos secundarios no deseados.

La dosimetría personalizada en radioterapia representa una innovación fundamental en este campo, al ofrecer una aproximación altamente precisa y adaptada a las necesidades individuales de cada paciente. Este enfoque va más allá de los métodos tradicionales de planificación y administración de radioterapia, permitiendo una terapia más eficiente y personalizada. En este contexto, los avances tecnológicos y científicos han revolucionado la forma en que los profesionales de la salud abordan la radioterapia, brindando una mayor precisión y control sobre el proceso.

En términos de aplicaciones clínicas, la dosimetría personalizada ha demostrado ser invaluable en el tratamiento de una amplia variedad de tipos de cáncer, desde tumores cerebrales hasta cáncer de próstata y mama. Los beneficios son notables en términos de mayor eficacia del tratamiento, tasas de respuesta más altas y menores efectos secundarios. Además, la dosimetría personalizada también se ha vuelto esencial en el tratamiento de casos pediátricos, donde la precisión es aún más crucial debido a la vulnerabilidad de los niños a los efectos secundarios a largo plazo.

2 Objetivos

Explicar los avances en dosimetría personalizada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 dosimetría personalizada en radioterapia es una rama de la medicina que se enfoca en adaptar la administración de radiación en el tratamiento del cáncer de manera específica para cada paciente. Esto implica la consideración de la anatomía y características individuales del paciente, así como la utilización de tecnologías avanzadas para garantizar una terapia precisa y efectiva. A continuación, te proporcionaré información sobre los avances y aplicaciones clínicas

en dosimetría personalizada en radioterapia hasta mi última actualización en septiembre de 2021.

Avances en Dosimetría Personalizada en Radioterapia:

Imágenes Médicas Avanzadas: El uso de imágenes médicas avanzadas, como la tomografía por emisión de positrones (PET) y la resonancia magnética (RM), ha mejorado la precisión en la planificación de tratamientos. Esto permite una mejor visualización de tumores y tejidos circundantes, lo que facilita la adaptación de la dosis de radiación.

Radioterapia Guiada por Imágenes (IGRT): La IGRT utiliza imágenes en tiempo real durante el tratamiento para ajustar la posición del paciente y del tumor, lo que garantiza que la radiación se administre con precisión. Esto es especialmente útil en áreas anatómicas que se mueven, como el pulmón o el abdomen.

Técnicas de Radioterapia Avanzada: Técnicas como la radioterapia de intensidad modulada (IMRT), la radioterapia con haces de protones y la radioterapia estereotáxica corporal (SBRT) permiten una dosimetría más precisa y la administración de dosis altas en tumores, minimizando el daño a los tejidos circundantes.

Modelado y Simulación: Se han desarrollado modelos computacionales avanzados para predecir la respuesta del tumor y los tejidos sanos a la radiación. Esto ayuda a los radioterapeutas a diseñar tratamientos más efectivos y personalizados.

Aplicaciones Clínicas de la Dosimetría Personalizada en Radioterapia:

Cáncer de Próstata: La dosimetría personalizada es fundamental en el tratamiento del cáncer de próstata, ya que permite la administración de dosis altas de radiación al tumor mientras se minimiza la exposición a los tejidos circundantes, como la vejiga y el recto.

Cáncer de Mama: En el cáncer de mama, la dosimetría personalizada ayuda a evitar la irradiación innecesaria del tejido mamario sano, reduciendo así los efectos secundarios.

Cáncer de Pulmón: En el cáncer de pulmón, la dosimetría personalizada se utiliza para adaptar la radiación a la respiración del paciente y la ubicación precisa del tumor.

Cáncer de Cerebro y Sistema Nervioso: Para tumores cerebrales, la dosimetría

personalizada permite administrar dosis altas de radiación al tumor, mientras se protege el tejido cerebral sano circundante.

Cáncer Pediátrico: La dosimetría personalizada es esencial en el tratamiento de niños con cáncer, ya que los tejidos en crecimiento son especialmente sensibles a la radiación.

En resumen, la dosimetría personalizada en radioterapia ha experimentado avances significativos y tiene numerosas aplicaciones clínicas que mejoran la precisión y la efectividad de los tratamientos de radioterapia. Estos avances están mejorando la calidad de vida de los pacientes y aumentando las tasas de éxito en el tratamiento del cáncer. Ten en cuenta que esta información se basa en mi conocimiento hasta septiembre de 2021, por lo que puede haber nuevos desarrollos en esta área desde entonces.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la dosimetría personalizada en radioterapia representa un campo en constante evolución que ha revolucionado la forma en que se aborda el tratamiento del cáncer. Los avances tecnológicos y clínicos en esta área han llevado a una mayor precisión y efectividad en la administración de radiación, lo que se traduce en mejores resultados para los pacientes. Aquí se resumen algunos de los aspectos clave:

Imágenes Médicas Avanzadas: La incorporación de imágenes médicas avanzadas, como PET y RM, ha permitido una visualización más detallada de los tumores y los tejidos circundantes, lo que facilita la planificación precisa del tratamiento.

Radioterapia Guiada por Imágenes (IGRT): La IGRT proporciona la capacidad de realizar ajustes en tiempo real durante el tratamiento, garantizando que la radiación se dirija con precisión al tumor, incluso en áreas anatómicas que se mueven.

Técnicas de Radioterapia Avanzada: IMRT, radioterapia con haces de protones y SBRT ofrecen opciones terapéuticas más precisas y personalizadas, lo que minimiza el daño a los tejidos sanos y aumenta la dosis en el tumor.

Modelado y Simulación: Los modelos computacionales avanzados permiten a los radioterapeutas prever la respuesta del tumor y los tejidos circundantes a la radiación, lo que facilita la planificación de tratamientos altamente personalizados.

En cuanto a las aplicaciones clínicas, la dosimetría personalizada se ha convertido en un pilar esencial en el tratamiento de diversos tipos de cáncer, como el de próstata, mama, pulmón, cerebro y sistema nervioso, así como en pediatría. Estos avances permiten una mayor precisión en la administración de dosis, reduciendo los efectos secundarios y mejorando las tasas de control local del tumor.

La dosimetría personalizada también desempeña un papel crucial en la atención integral del paciente, considerando sus necesidades y características individuales. Además, se ha convertido en un pilar en la investigación y desarrollo continuo de tratamientos más efectivos y menos invasivos.

En resumen, la dosimetría personalizada en radioterapia representa un progreso significativo en la medicina oncológica, mejorando la calidad de vida de los pacientes y aumentando las tasas de éxito en el tratamiento del cáncer. Siempre es importante tener en cuenta que la información proporcionada se basa en mi conocimiento hasta septiembre de 2021, y es posible que haya habido avances adicionales en esta área desde entonces.

6 Bibliografía

1. "Radioterapia de intensidad modulada" Eduardo López-Torrecilla García, Editorial Médica Panamericana.
2. "Radioterapia en cáncer de próstata" Carlos Ferrer Albiach, Publicia.

Capítulo 358

EVALUACIÓN DE LA TOXICIDAD EN RADIOTERAPIA: IMPORTANCIA DE LA DOSIMETRÍA EN EL MANEJO DE EFECTOS SECUNDARIOS PARA EL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA

PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ

MIRIAM SANTOS BELLOSO

JOSÉ CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ

ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ

NAZARET JIMÉNEZ BRAVO

1 Introducción

La radioterapia es un pilar fundamental en el tratamiento del cáncer, utilizada para destruir células cancerosas o reducir su crecimiento. A lo largo de las décadas, ha evolucionado significativamente en términos de precisión y eficacia, gracias a avances tecnológicos y científicos. Sin embargo, aunque esta terapia es esencial en la lucha contra el cáncer, también puede tener efectos secundarios perjudiciales en los tejidos sanos circundantes. Por esta razón, la evaluación de

la toxicidad en radioterapia se ha convertido en una preocupación crítica para los profesionales de la salud y los pacientes.

La radioterapia implica la administración de radiación ionizante en áreas específicas del cuerpo donde se encuentra el cáncer. Aunque su objetivo principal es dañar selectivamente las células cancerosas, inevitablemente también afecta a los tejidos normales circundantes. Esta interacción puede resultar en efectos secundarios adversos, que pueden variar desde leves irritaciones cutáneas hasta daños más graves en órganos vitales.

Uno de los elementos fundamentales en la gestión de estos efectos secundarios y en la optimización de la radioterapia es la dosimetría, que se refiere a la medición y evaluación de la dosis de radiación administrada durante el tratamiento. La dosimetría no solo es importante para garantizar que la dosis de radiación sea suficiente para destruir las células cancerosas, sino que también es crucial para minimizar el impacto en los tejidos sanos y, por lo tanto, reducir los efectos secundarios no deseados.

La dosimetría en radioterapia se basa en la capacidad de medir con precisión la distribución de la dosis de radiación en el área de tratamiento y calcular cómo afectará a los tejidos circundantes. Esto implica el uso de equipos altamente especializados, como aceleradores lineales y sistemas de planificación de tratamiento avanzados, que permiten a los médicos y físicos médicos diseñar planes de tratamiento personalizados que optimicen la entrega de radiación.

Además, la dosimetría se relaciona directamente con la seguridad del paciente, ya que un manejo inadecuado de la radiación puede resultar en daño innecesario a tejidos sanos o, en el peor de los casos, en efectos secundarios graves que comprometan la calidad de vida de los pacientes. Por lo tanto, la evaluación constante de la toxicidad es esencial para ajustar los planes de tratamiento según sea necesario y garantizar que la radioterapia sea lo más segura y efectiva posible.

En este contexto, esta introducción se adentrará en la importancia de la dosimetría en la radioterapia y su relación con la evaluación de la toxicidad. Exploraremos cómo las técnicas y tecnologías modernas están revolucionando la forma en que abordamos la radioterapia, minimizando los efectos secundarios y maximizando los beneficios terapéuticos. Además, discutiremos la relevancia de una atención multidisciplinaria y personalizada en el manejo de los efectos secundarios de la radioterapia, destacando la importancia de la colaboración entre oncólogos, radioterapeutas, físicos médicos y enfermeros para brindar el mejor

cuidado posible a los pacientes. En última instancia, este análisis se centrará en cómo la dosimetría se ha convertido en una herramienta esencial en el arsenal contra el cáncer, permitiendo tratamientos más efectivos y menos invasivos, y mejorando la calidad de vida de los pacientes sometidos a radioterapia.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la dosimetría en el manejo de efectos secundarios para el técnico en radioterapia y dosimetría.

3 Metodología

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

4 Resultados

La evaluación de la toxicidad en radioterapia es una parte fundamental del tratamiento para garantizar que se administre la dosis adecuada de radiación al tumor mientras se minimizan los efectos secundarios en los tejidos circundantes. La dosimetría desempeña un papel crucial en este proceso, ya que permite calcular y controlar la distribución de la dosis de radiación. Aquí hay algunos puntos importantes relacionados con la evaluación de la toxicidad en radioterapia y la importancia de la dosimetría en el manejo de efectos secundarios:

1. Dosimetría en radioterapia: La dosimetría es la ciencia que se encarga de medir y calcular la dosis de radiación que se administra a un paciente durante el tratamiento de radioterapia. Implica la planificación precisa de la radiación para asegurar que se entregue la dosis prescrita al tumor y se minimice la exposición de los tejidos sanos circundantes.
2. Evaluación de la toxicidad: La toxicidad se refiere a los efectos secundarios no deseados que pueden surgir como resultado de la radioterapia. Estos efectos secundarios pueden variar en gravedad y pueden afectar a diferentes partes del cuerpo, dependiendo de la ubicación del tumor y el tipo de radioterapia utilizada.

La evaluación de la toxicidad implica monitorear y registrar cualquier efecto secundario experimentado por el paciente durante y después del tratamiento.

3. Importancia de la dosimetría en la evaluación de la toxicidad: La dosimetría es esencial para garantizar que se administre la dosis adecuada de radiación al tumor y se minimice la dosis en los tejidos sanos circundantes. Esto ayuda a reducir la probabilidad y la gravedad de los efectos secundarios. La dosimetría también permite ajustar el tratamiento si es necesario para mantener un equilibrio óptimo entre la destrucción del tumor y la preservación de tejidos sanos.

4. Planificación del tratamiento: La planificación del tratamiento de radioterapia implica el uso de técnicas avanzadas de dosimetría para diseñar campos de radiación precisos que se adapten a la forma y la ubicación del tumor. Esto asegura que se administre la dosis correcta en el área objetivo y se minimice la exposición en áreas críticas cercanas.

5. Seguimiento y adaptación: Durante el tratamiento, se realiza un seguimiento constante de la dosimetría para garantizar que se mantenga la calidad del tratamiento. Si se observan efectos secundarios inesperados o si hay cambios en la anatomía del paciente, se pueden realizar ajustes en la dosis y la planificación del tratamiento.

6. Evaluación de la respuesta al tratamiento: La dosimetría también es esencial para evaluar la respuesta del tumor al tratamiento a lo largo del tiempo. Los cambios en la dosis de radiación pueden ser necesarios si el tumor no responde como se esperaba.

En resumen, la dosimetría desempeña un papel fundamental en la evaluación de la toxicidad en radioterapia al garantizar que se administre la dosis adecuada de radiación al tumor mientras se minimizan los efectos secundarios en los tejidos sanos. La planificación precisa del tratamiento y el seguimiento constante son esenciales para lograr resultados óptimos en el tratamiento de radioterapia.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la dosimetría desempeña un papel crucial en la radioterapia al permitir una planificación precisa del tratamiento y una evaluación continua de la distribución de la dosis de radiación. Esto es esencial para garantizar que se administre la dosis adecuada al tumor y se minimice la exposición a los tejidos sanos circundantes. La evaluación de la toxicidad en radioterapia es esencial para

monitorear y gestionar los efectos secundarios, lo que mejora la calidad de vida de los pacientes y la efectividad del tratamiento. En última instancia, la dosimetría y la evaluación de la toxicidad trabajan juntas para garantizar que la radioterapia sea un enfoque terapéutico efectivo y seguro en la lucha contra el cáncer.

6 Bibliografía

1. "Radioterapia: Radiación y Oncología" de Jaime Casasnovas Pons y Pedro Casasnovas Blasco.
2. "Radioterapia en Oncología" de José Luis López Guerra y Jordi Giralt López.
3. "Manual de Radioterapia" de Lilia Maite Chávez Barrios.
4. "Radioterapia Práctica. Técnicas y Tumores" de Antonio Pardo Masferrer.
5. "Radioterapia Oncológica: Del Concepto a la Práctica Clínica" de José A. Polo Rubio y Javier Jaén Olasolo.
6. "Toxicidad en Oncología Radioterápica" de Maria José Morales, José Manuel Gómez Román, y Alberto Torres Ramón.

Capítulo 359

EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL FRENTA AL COVID-19

CRISTINA DIAZ VIEJO

ANA LUZ BAYÓN POLA

CARMEN MARIA PIÑEIRO SÁNCHEZ

ALBA BAYON VAZQUEZ

RAQUEL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El COVID-19 fue catalogado como pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud en marzo de 2020, por haber aumentado los casos de manera muy rápida por todo el mundo.

Entre las posibles vías de contagio, la principal es por vía respiratoria. Al estar a menos de 2 metros de distancia con una persona infectada, si esta habla o tose, puede expulsar pequeñas gotas de flush que entran en contacto con la mucosa de la persona que está sana, o inhalarlas hasta llegar a los pulmones.

Al no haber disponible ninguna vacuna, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y la OMS recomendaron una serie de medidas no farmacológicas como la higiene, la correcta desinfección y el uso de equipos de protección personal (EPP).

Los EPP que debían usarse de manera obligatoria eran los siguientes:

- Mascarilla FFP2 (o higiénica, en función del puesto de trabajo)

- Guantes estériles y no estériles
- Protector facial
- Gafas protectoras
- Ropa desechable

El conocimiento sobre cómo usar y retirar estos equipos de protección personal es tan importante como el uso completo de los equipos para mayor seguridad.

Sin embargo, había una gran escasez de EPP, lo que hacía que los casos confirmados de COVID-19 se propagasen con mayor facilidad. Debido a esto, el personal sanitario se veía obligado a reutilizar estos equipos de protección cuando lo recomendado era cambiarlo a las 8 horas como máximo.

El riesgo de contraer la enfermedad aumentaba cuando el personal tenía que entrar en salas específicas de pacientes con COVID-19 o cuando tenía que entrar en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

A día de hoy ya hay vacunas preventivas y no se utilizan tanto los EPP como prevención de forma obligatoria, pero sí se siguen utilizando ante pacientes confirmados de la enfermedad, para evitar el posible contagio.

2 Objetivos

- Proteger a los pacientes y al personal sanitario.
- Determinar el acceso a los equipos de protección personal.
- Educar al personal sanitario de cómo utilizar los EPP.
- Minimizar el riesgo de contagio.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado un proceso de búsqueda de artículos y publicaciones en diferentes páginas científicas como Scielo, PubMed, Google Académico y Elsevier, así como en otras páginas web relacionadas con la Salud, donde se trate el tema de la protección del personal sanitario y los EPP ante el COVID-19.

4 Resultados

Al aparecer este virus de manera espontánea y expandirse de forma muy rápida, hubo una gran escasez en cuanto a los equipos de protección personal para los trabajadores sanitarios.

Para corroborarlo, se llevaron a cabo unas estadísticas según varias encuestas a los trabajadores y salieron los siguientes resultados:

- Solo al 53,9% de los trabajadores se le entregaba un EPP a cada turno. Al 40,6% de los trabajadores nunca se les entregó ningún EPP, y al resto de trabajadores se les entregaba cada 2 días y hasta cada 2 semanas.
- Solo al 0,4% de los trabajadores se le entregaba una mascarilla FFP2, la cual es la más recomendada y para la total seguridad del trabajador debería cambiarse cada 8 horas. Al 22,1% cada 7 días, al 11,8% cada 30 semanas y al 62,7% nunca se le entregó una mascarilla FFP2.
- Al personal sanitario, al 35,1% se le hacía test de antígenos en caso de que tuviese síntomas de COVID-19, al 3,7% se le hacía cada 7 días, al 25,8% una vez al mes, y al 5,9% nunca se le hizo.

En función de la zona del hospital en la que nos exponemos a esta enfermedad, es decir, en función del contexto de la enfermedad, se utilizarán unos equipos de protección personal u otros:

- Habitación de pacientes COVID-19: en esta zona entrarían tanto el personal sanitario como los limpiadores. Para estos trabajadores será necesario una mascarilla FFP2, guantes, bata, careta y gafas protectoras.
- Ambulancia donde se trasladan los pacientes COVID-19: para estos trabajadores será necesario mascarilla FFP2, guantes dobles no estériles, bata y gafas o careta.
- Instalaciones ambulatorias: tanto para el personal sanitario como para los encargados de limpieza será necesario mascarilla FFP2 (también serviría en este caso quirúrgica), guantes, bata y gafas.
- Sala de espera: en este caso la protección sería para el paciente y deben usar mascarilla, a poder ser FFP2. Es recomendable aislar a los pacientes con síntomas respiratorios, y en caso de no ser posible, mantener una distancia de seguridad de 1 metro con ellos.
- Laboratorio: para el personal de laboratorio, será necesario mascarilla FFP2, guantes dobles no estériles, bata y gafas o careta.

5 Discusión-Conclusión

Ante una situación de escasez de equipos de protección del personal en consecuencia del COVID-19, debe establecerse siempre una priorización de uso para cada tipo de mascarilla teniendo en cuenta qué trabajador la va a usar y qué actividad va a realizar con ella.

Esta escasez es debida a la alta demanda de los diferentes niveles sanitarios a nivel mundial por contexto de la pandemia. Por este motivo, muchos de los tra-

bajadores acaban comprando sus propios equipos de protección sanitaria. Hay que también tener en cuenta que los propios trabajadores al salir de su trabajo hacían otras actividades, como visitar a familiares o amigos o visitar lugares que no esté garantizado que estén libres de COVID-19. Por ello, deberían de haberse realizado más test de antígenos para saber si todos los trabajadores estaban libres de COVID-19 o no. Todas estas medidas disminuyeron al pasar el tiempo y estar esta enfermedad más controlada, pero sí que se siguen llevando a cabo en casos positivos de COVID-19, aunque la mascarilla en los centros médicos ya no sea de uso obligatorio.

6 Bibliografía

1. Raraz Vidal, J. G., Allpas Gomez, H. L., Torres Salome, F. K., Cabrera Patiño, W. M., Ramos Gómez, R. P., Alcántara Leyva, L. M., Aldea Chihuantito, F. K., Colona Risco, V., & Raraz Vidal, O. B. (2021). Work conditions and personal protective equipment against COVID-19 in health personnel, Lima-Peru. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(2), 335–345. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i2.3608>
2. Pérez Carrillo, N., García Córdova, C. E., Ruiz Funes Molina, A. P., Ángeles Castellanos, A. M., Estrada Serrano, M., Guillén Martínez, E. A., Meza Carmona, J., Cuevas Osorio, V. J., & Farell Rivas, J. (2020). Importancia del uso adecuado del equipo de protección individual y la implementación de protocolos de seguridad perioperatorios durante la pandemia de COVID-19. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autonoma de Mexico*, 63(4), 49–59. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.4.07>
3. Guevara-López, U. M., Herrera-Lugo, K. G., Vásquez-Garzón, V. R., Robles-Rodríguez, P. V., Elizarrarás-Cruz, J. D., Cruz-Ruiz, N. G., & Elizarrarás-Rivas, J. (2020). Medidas de protección para el personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 43(4), 315–324. <https://doi.org/10.35366/94945>

Capítulo 360

LA HIPOGLUCEMIA

CARMEN MORENO

FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ

JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ

ANDREA GARCÍA

ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ

1 Introducción

La hipoglucemia se considera en un paciente cuando tras realizar una prueba determinada se haya que su glucemia basal se encuentra por debajo de los valores de 40-70 mg/dl, este o no acompañado de síntomas o signos clínicos. La hipoglucemia requiere tratamiento inmediato. Suele estar relacionado con el tratamiento de la diabetes pero existen otros factores que pueden causarlo, ya sea la ingesta de medicamentos u otras afecciones. Esto ocurre cuando las células del cerebro no reciben una cantidad suficiente de glucosa para un funcionamiento correcto y esto produce debilidad y aletargamiento que puede desembocar en algo tan peligroso en un coma con un daño cerebral irreversible que puede llevar al paciente hasta la muerte.

Se produce un desequilibrio entre la glucosa que llega al torrente sanguíneo tras la absorción intestinal, el proceso de glucogenólisis y el proceso de gluconeogénesis hepática. Cuando tenemos una concentración baja de glucosa en el plasma se produce una estimulación de la secreción de catecolaminas que se hará no-

tar con los síntomas y signos que aparecen. Los síntomas que destacan en la hipoglucemia y que aparecen con gran rapidez los podemos dividir en:

- Síntomas leves: sudoración, hambre, temblores, dolores de cabeza, mareo, confusión, palidez.
- Síntomas graves: incapacidad para comer o beber, convulsiones, pérdida del conocimiento.

2 Objetivos

Conocer que es la hipoglucemia y determinar cuales son los tipos más comunes, como podemos diagnosticarlo en el laboratorio y medidas de prevención para poder subsanarlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de 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 principales causas que requieren de la hipoglucemia podemos agruparlas en: efectos secundarios tras la administración de insulina u otros fármacos hipoglucemiantes, no ingerir la suficiente cantidad de hidratos de carbono, saltar o retrasar una ingesta de comida, un aumento de actividad física, ingesta de alcohol ya que impide al hígado liberar la glucosa que tiene almacenada al torrente sanguíneo, otras enfermedades que dificulten la metabolización y la eliminación de fármacos...

El origen de la hipoglucemia puede ser desencadenada por el ayuno o postprandial. También destaca:

- La hipoglucemia neonatal que es de vital importancia en los recién nacidos para evitar el riesgo de lesión cerebral debido a causas como por ejemplo:
 1. Hijos de madres diabéticas: el feto esta expuesto a una hipoglucemia materna por lo que la concentración de insulina en la sangre es muy elevada y tras el parto el recién nacido no es capaz de disminuir sus valores.

2. Retraso en el crecimiento intrauterino: mientras se esta gestando al feto es importante que este en un peso adecuado ya que los niños de bajo peso pueden tener los depósitos hepáticos no desarrollados y puede agravarse.

3. Errores innatos del metabolismo: como por ejemplo la galactosemia.

Para poder diagnosticar las hipoglucemias en el laboratorio encontramos diversas técnicas entre las que se encuentran:

- Concentración de glucosa en sangre: es un parámetro para el diagnóstico de la diabetes y de la intolerancia a la glucosa en valores por encima de los normales.
- Concentración de glucosa en orina: suele ser detectado en tiras reactivas y presenta una baja sensibilidad.
- Estudio de la tolerancia a la glucosa por vía oral: en la que destaca el método O'Sullivan en mujeres gestantes para la detección precoz de la diabetes.
- Detección de compuestos metil cetónicos
- Excreción urinaria de albúmina.

5 Discusión-Conclusión

La hipoglucemia es una complicación aguda que puede provocar fatales consecuencias para los pacientes que presentan una diabetes. Se trata de una complicación frecuente y es muy importante educar al paciente con la identificación precoz de síntomas y medidas de actuación para subsanarlo.

Asimismo, es necesario el control periódico para poder prevenir mayores complicaciones.

Como medidas preventivas podemos destacar:

- Controles periódicos de los niveles de glucosa para corroborar que las medidas adoptadas sean las idóneas.
- Controlar que las ingestas sean regulares.
- Realizar actividad física regularmente.
- Educación diabetológica.
- Planificación de una alimentación con unos hábitos alimenticios adecuados.

Debemos recordar que la glucosa es la principal fuente de energía en nuestro cuerpo y que es vital tenerlo en unos valores adecuados.

6 Bibliografía

1. Shah P, Rahman SA, Demirbilek H, Güemes M, Hussain K. Hyperinsulinaemic hypoglycaemia in children and adults. Vol. 5, The Lancet Diabetes and Endocrinology. 2017.

2. Frier BM. Hypoglycaemia in diabetes mellitus: Epidemiology and clinical implications. Vol. 10, *Nature Reviews Endocrinology*. 2014.
3. Szadkowska A, Czyżewska K, Pietrzak I, Mianowska B, Jarosz-Chobot P, Myśliwiec M. Hypoglycaemia unawareness in patients with type 1 diabetes. *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab*. 2018;24(3).
4. Dagogo-Jack S. Hypoglycemia in Type 1 Diabetes Mellitus: Pathophysiology and Prevention. Vol. 3, *Treatments in Endocrinology*. 2004.
5. Cruz P, Blackburn MC, Tobin GS. A Systematic Approach for the Prevention and Reduction of Hypoglycemia in Hospitalized Patients. Vol. 17, *Current Diabetes Reports*. 2017.
6. Tetzschner R, Nørgaard K, Ranjan A. Effects of alcohol on plasma glucose and prevention of alcohol-induced hypoglycemia in type 1 diabetes- A systematic review with grade. Vol. 34, *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*. 2018.
7. Lucidi P, Porcellati F, Bolli GB, Fanelli CG. Prevention and Management of Severe Hypoglycemia and Hypoglycemia Unawareness: Incorporating Sensor Technology. Vol. 18, *Current Diabetes R*
8. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/hypoglycemia/symptoms-causes/syc-20373685>

Capítulo 361

PRUEBA DE LA OPTOQUINA Y PRUEBA DE LA BACITRACINA EN EL LABORATORIO

ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES DELGADO GARCÍA

PABLO IBÁÑEZ DEL AMO

MINH QUYN UYEN LE

ANA LOPEZ GARCIA

1 Introducción

La identificación microbiana es un proceso cuya finalidad es identificar las características principales de un microorganismo. Estas identificaciones bacterianas se pueden llevar a cabo mediante métodos fenotípicos, estos se basan en determinar ciertas características que se pueden observar de las bacterias.

En el proceso de identificación bacteriana fenotípica se pueden distinguir tres niveles principales de análisis, cuya finalidad es ubicar a la bacteria de estudio en categorías de bacterias cada vez más específicas. Dependiendo del grupo en el que se ubique la bacteria en cada prueba o nivel, se seleccionarán unas pruebas u otras para continuar con la identificación.

En los dos primeros niveles, las hipótesis se apoyan en las características del cultivo bacteriano y en pruebas primarias. En el tercer nivel de análisis, algunas

pruebas de identificación empleadas consisten en el estudio de la resistencia de la bacteria a ciertas sustancias.

Entre las pruebas de resistencia se encuentran las siguientes:

- Prueba de la optoquina.
- Prueba de la bacitracina.

Ambas son pruebas de resistencia a antibióticos que se utilizan para la identificación de bacterias del género *Streptococcus*.

Los *Streptococcus* son cocos grampositivos que se agrupan en cadena, son catalasa negativos, y se clasifican en alfa-hemolíticos o beta-hemolíticos dependiendo del tipo de hemólisis que producen en el medio agar sangre.

2 Objetivos

Conocer en que consisten las pruebas de resistencia a la optoquina y bacitracina, cuál es su procedimiento y como se interpretan los resultados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 optoquina inhibe el crecimiento de *Streptococcus pneumoniae* a una concentración muy baja (5 µg/ml o superior) pero no afecta al crecimiento de otros *Streptococcus* alfa-hemolíticos.

La prueba consiste en sembrar la bacteria a identificar en placas de agar con un 5% de sangre de carnero y colocar en el centro con pinzas estériles un disco comercial de optoquina (5 µg). Incubar a 35 °C en atmosfera con un 5% de dióxido de carbono durante 18-24 horas.

La interpretación de los resultados será la siguiente:

- Bacteria sensible a la optoquina: halo mayor o igual a 14 mm para discos de 6 mm de diámetro o halo mayor o igual a 16 mm para discos de 10 mm.

- Bacteria con resistencia intermedia: halo de 7-14 mm o de 7-16 mm para discos de 10 mm.

- Bacteria resistente a la optoquina: no se observa halo.

En la prueba de la bacitracina la finalidad es identificar *Streptococcus pyogenes*, ya que a diferenciar de la mayoría de los *Streptococcus* beta-hemolíticos del grupo A de Lancefield son sensibles a bajas concentraciones de bacitracina.

La prueba consiste en sembrar la bacteria a identificar fresca, crecida en medio de agar sangre o CNA, en placas de agar con un 5% de sangre de carnero, y colocar en el centro con pinzas estériles un disco comercial de bacitracina (0,04U). Incubar a 35 °C en atmosfera con un 5% de dióxido de carbono durante 18-24 horas.

La presencia de cualquier halo de inhibición de crecimiento alrededor del disco indicará que la bacteria es sensible a la bacitracina, y, por tanto, será identificada como *S.pyogenes*.

Hay dos pruebas más que se encuentran dentro de las pruebas de resistencia a ciertas sustancias. Estas pruebas son: la prueba de solubilidad de bilis y la prueba de crecimiento en caldo hipersalino. En estas no se utilizan antibióticos.

5 Discusión-Conclusión

Estas pruebas se realizan acompañadas de otras pruebas de otros niveles. En cualquier procedimiento de identificación bacteriana se realiza una tinción como paso provisional para ver la calidad de la muestra, la morfología del microorganismo, tamaño... que permiten ubicar provisionalmente la bacteria. Después, con el segundo nivel se busca conocer el género de la bacteria. Y por último, con las pruebas de tercer nivel, como el caso de las estudiadas en este capítulo, se busca la identificación a nivel de especie.

Son técnicas generalmente manuales, aunque los discos son comerciales, pero tanto el proceso como la observación de los resultados es competencia del técnico de microbiología.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <http://paratecnicosdelaboratorio.blogspot.com/2014/10/prueba-de-la-optoquina.html>
- 5.

5. <http://www.britanialab.com/back/public/upload/productos/194.pdf>.

Capítulo 362

LOS FUNDAMENTOS Y LAS APLICACIONES CLÍNICAS DE LA ECOSONOGRAFÍA Y EL ULTRASONIDO EN DIAGNÓSTICO MÉDICO: PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR

JOSEFA BONACHE VIVANCOS

1 Introducción

La medicina, en su constante evolución, ha dependido en gran medida de la tecnología para proporcionar diagnósticos precisos y tratamientos oportunos. En este panorama, la ecosonografía y el ultrasonido han emergido como herramientas esenciales, que permiten visualizar estructuras internas del cuerpo humano en tiempo real y sin la necesidad de intervenciones invasivas. Estas técnicas, aunque con frecuencia se utilizan indistintamente, tienen especificidades que las hacen importantes en la imagen médica.

El técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear (TSIDMN) no solo debe ser competente en la operación de estos equipos, sino que también

necesita entender la anatomía, la fisiología y las patologías a evaluar para interpretar correctamente las imágenes producidas. Esta capacitación especializada no solo mejora la precisión diagnóstica, sino que también reduce los riesgos asociados con interpretaciones incorrectas.

La ecosonografía, se encarga de aprovechar las ondas sonoras para crear imágenes de los órganos y tejidos interiores del cuerpo. Es de gran utilidad para evaluar los órganos blandos y fluidos, como el corazón, el hígado, los riñones y la vejiga. Por otro lado, el ultrasonido, aunque utiliza un principio similar, tiene aplicaciones más amplias, como la evaluación de la circulación sanguínea y la guía para procedimientos médicos.

Dentro de la amplia gama de técnicas de imagenología, la ecosonografía y el ultrasonido dan ventajas únicas tales como falta de radiación ionizante y la capacidad de proporcionar imágenes en tiempo real. Estas características, combinadas con su versatilidad y relativa asequibilidad, han llevado a su adopción generalizada en prácticamente todos los campos de la medicina, desde la obstetricia y la ginecología hasta la cardiología y la gastroenterología.

Con el avance tecnológico y el incremento en la demanda de servicios de diagnóstico de alta calidad, es fundamental que los profesionales de TSIDMN se mantengan actualizados sobre las últimas tendencias, técnicas y aplicaciones en el ámbito de la ecosonografía y el ultrasonido. A lo largo de este trabajo, exploraremos en detalle las especificidades, aplicaciones y potencial clínico de estas herramientas diagnósticas vitales.

2 Objetivos

- Dar a conocer las herramientas actualizadas que hay en ecosonografía y ultrasonido, las diferencias y su fundamento de funcionamiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

La función del TSIDMN en el ámbito sanitario destaca por su habilidad para operar equipos avanzados y su capacidad para interpretar y analizar las imágenes obtenidas. La ecosonografía y el ultrasonido, siendo técnicas que ofrecen imágenes detalladas del interior del cuerpo, necesitan un profesional altamente capacitado en el manejo, interpretación y aplicación de estas imágenes en un entorno clínico.

Para empezar, uno de los conocimientos más valiosos de este técnico es su entendimiento profundo de la anatomía y la fisiología humanas. Esta base les permite identificar estructuras normales, así como desviaciones o anomalías que pueden indicar patologías. No es simplemente cuestión de identificar una imagen, sino de comprender qué representa esa imagen en el contexto más amplio del cuerpo humano.

Al manejar herramientas como la ecosonografía, el técnico debe ser experto en calibrar y ajustar el equipo según las necesidades específicas del examen. Esto implica conocer las propiedades de las ondas sonoras, cómo interactúan con diferentes tejidos y cómo cambiar parámetros para obtener la mejor imagen posible. Dada la naturaleza en tiempo real de estas imágenes, cualquier ajuste incorrecto podría llevar a una interpretación errónea, con posibles consecuencias para el paciente.

En el ámbito de la ecosonografía y el ultrasonido, es importante que el técnico entienda la naturaleza dinámica de los órganos y sistemas que está visualizando. Por ejemplo, al examinar el corazón, deben ser capaces de discernir el flujo sanguíneo, los movimientos de las válvulas y las paredes del corazón. Al estudiar el sistema digestivo, deben reconocer las importantes diferencias entre tejidos sanos, inflamados o enfermos.

La comunicación eficaz también es importante. Aunque el técnico no suele ser responsable de dar un diagnóstico final, su capacidad para comunicar sus hallazgos de manera clara y concisa al radiólogo o al médico encargado es importante para garantizar un tratamiento correcto. Además, en muchos casos, interactúan directamente con el paciente, por lo que deben ser capaces de explicar el procedimiento y tranquilizar a aquellos que puedan estar ansiosos o incómodos.

El papel del TSIDMN no solo es la captura y la interpretación de imágenes. Con frecuencia, también se encargan de mantener y cuidar los equipos, asegurando que funcionen de manera óptima y segura.

Finalmente, dada la rápida evolución de la tecnología médica, es importante que estos profesionales estén comprometidos con la formación continua. A medida que surgen nuevas técnicas y equipos, deben estar en la vanguardia del aprendizaje, asegurando que puedan proporcionar la mejor atención posible a los pacientes y apoyar al equipo médico en su conjunto.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TSIDMN es importante en el ámbito sanitario. Su especialización en ecosonografía y ultrasonido permite no solo visualizar estructuras internas del cuerpo humano, sino también interpretar y analizar estas imágenes de manera efectiva.

Un conocimiento sólido de la anatomía y la fisiología es importante para garantizar que las imágenes capturadas se usen de manera adecuada a la hora de diagnosticar.

La formación continua es imperativa en un campo que está constantemente actualizándose, asegurando que el técnico esté siempre correctamente formado y con buenas prácticas y herramientas. Centrándonos en estos objetivos, es posible garantizar que estos profesionales estén bien equipados para realizar su función, beneficiando tanto al equipo médico como a los pacientes.

6 Bibliografía

1. García P, Martínez J, Rodríguez A. Principios básicos de ultrasonido y ecosonografía en medicina. Madrid: Ediciones Médicas; 2020.
2. Hernández R, Torres L, Mendoza G. Técnico en imagen para diagnóstico: Guía práctica. Barcelona: Editorial Salud; 2019.
3. López P, Ruiz D, Sánchez M. Evolución de las técnicas de imagen en medicina nuclear. Valencia: Publicaciones Médicas Valencianas; 2021.
4. Gómez E, Castro H. Anatomía y fisiología para técnicos en imagen para diagnóstico. Bilbao: Ediciones Bilbao Médico; 2018.
5. Fernández A, Prado B, Morales R. Formación continua en ecosonografía y ultrasonido: Una necesidad en el siglo XXI. Sevilla: Editorial Andalucía Médica; 2022.

Capítulo 363

EL VIRUS DE LA DEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SU INTERÉS EN EL LABORATORIO CLÍNICO

CELIA GONZALEZ-REFORMA IBÁÑEZ

ROCÍO DEL RAMO ROMERO

INMACULADA PASTOR SICILIA

CRISTINA LOPEZ MARTINEZ

DAVID GARCÍA RUBIO

1 Introducción

Actualmente, el VIH está mejor controlado gracias a técnicas de detección y medicamentos que pueden prevenir y tratar la infección. A pesar de esto, todavía hay muchos casos porque la población todavía carece de información sobre este virus.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es provocado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El sistema inmunológico de una persona infectada se deteriora gradualmente.

El sistema inmunológico está delicado, las defensas del organismo son débiles y la persona afectada tiene más probabilidades de contraer infecciones y enfermedades que pueden resultar fatales para su padecimiento. Como la enfermedad ya se ha manifestado, cuando esto sucede se le conoce como SIDA.

Las pruebas que se realizan en el laboratorio pueden ser tanto cualitativas como cuantitativas dependiendo de si se realiza una prueba rápida (cualitativa) que sólo detecta la presencia de antígenos o anticuerpos mediante inmunocromatografía, o una PCR o análisis de sangre (cuantitativa) ya que la carga viral en el Se detecta el cuerpo.

El personal debe tener especial precaución porque este virus representa un riesgo biológico debido al modo de transmisión, y el personal de laboratorio son las que tienen mayor probabilidad de contraer el virus ya que se encuentran en contacto directo con él.

2 Objetivos

Saber qué pruebas se realizan en el laboratorio para detectar VIH, conocer el fundamento y en qué consisten los procesos que se llevan a cabo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El sistema inmunológico se ve afectado por el VIH, que lo debilita y aumenta el riesgo de que enfermedades, incluso mortales, manifiesten síntomas más graves en el cuerpo de una persona VIH positiva.

Es posible que los fluidos corporales transmitan el virus de una persona a otra. El semen u otros fluidos sexuales, los fluidos rectales, la sangre, que transporta la mayor parte de la carga viral, y la leche materna son las principales vías de transmisión. Otros fluidos corporales, en cambio, como el sudor, la saliva y los mosquitos evitan la propagación de este virus.

Si una persona no está recibiendo tratamiento para su infección por VIH, debe entrar en contacto con otra persona que tenga el virus directamente en su cuerpo a través de sus mucosas (ojos) o heridas abiertas para que exista contagio. Este

contacto puede ocurrir a través de actividad sexual sin protección, compartir agujas, accidentes con agujas en el lugar de trabajo u otros medios.

La mayoría de las muestras utilizadas en el laboratorio son de sangre. Hay varias pruebas para realizar en el laboratorio ue incluyen:

La reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) se utiliza para detectar material genético del VIH directamente de la sangre de un paciente. Es una prueba que proporciona resultados extremadamente precisos y razonablemente rápidos.

El principio de inmunocromatografía es la base de la prueba rápida. En la muestra de sangre se buscan antígenos o anticuerpos del VIH. Los resultados negativos solo tendrán una línea en la zona de control, mientras que los resultados positivos tendrán dos líneas tanto en la zona de detección como en la zona de control. Aunque es una prueba rápida, puede resultar insensible en las primeras etapas de la enfermedad.

Análisis de sangre: en comparación con las pruebas rápidas, la bioquímica permite una detección más precisa de antígenos o anticuerpos del VIH. Dado que proporciona información sobre la carga viral en la muestra, es un método cuantitativo.

5 Discusión-Conclusión

Los virus como el VIH son muy comunes y pueden tener efectos graves si no se detectan a tiempo. La detección temprana es crucial para brindar tratamiento, prevenir la fácil transmisión a otras personas y evitar que se desarrolle el virus y la enfermedad del SIDA.

A pesar de los importantes avances en el ámbito sanitario, hoy en día prácticamente se puede llevar un estilo de vida normal si se padece una patología para la que no existe cura conocida.

Al trabajar con este tipo de muestras, los técnicos de laboratorio tienen una gran responsabilidad porque una mala técnica puede provocar un contagio no intencionado. También deben estar familiarizados con los procedimientos a seguir al realizar pruebas de detección del VIH y comunicar resultados precisos.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-vih/#:text=Las%20pruebas%20de%20laboratorio%20que,despu%C3%A9s%20de%20haber%20sido%20infectado.>

Capítulo 364

EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA HIGIENE EN APARATOS DE IMÁGEN PARA DIAGNÓSTICO

YOLANDA LAGO MARTINEZ

1 Introducción

La higiene de los equipos de diagnóstico por imágenes es un elemento esencial de la medicina de diagnóstico moderna. Obtener imágenes médicas de alta calidad es fundamental para un diagnóstico preciso y, en última instancia, para la atención al paciente. Sin embargo, esta calidad no se puede lograr sin una estricta atención a la higiene del equipo utilizado para tomar las imágenes. La integridad de las imágenes médicas y la seguridad del paciente dependen en gran medida de una limpieza y desinfección adecuadas de estos dispositivos. Además, con la pandemia de COVID-19 y la creciente preocupación por la propagación de enfermedades infecciosas, la gestión de la higiene de los equipos de imágenes se ha convertido en una cuestión extremadamente importante.

Este estudio explora más a fondo la importancia de la higiene en los equipos de diagnóstico por imágenes e identifica áreas críticas que requieren atención especial. Discutimos el impacto de la higiene en la calidad de las imágenes médicas y la precisión del diagnóstico y examinamos los desafíos que enfrenta la implementación de controles de higiene efectivos en entornos de diagnóstico por imágenes. Además, se están desarrollando recomendaciones y mejores prácticas para garantizar una higiene adecuada de estos dispositivos, con énfasis en la prevención de enfermedades infecciosas y la mejora de la atención al paciente.

2 Objetivos

Los objetivos de esta investigación son los siguientes:

- Comprender la importancia de mantener una higiene adecuada en los aparatos de imagen para diagnóstico en el entorno médico.
- Identificar las áreas críticas en los dispositivos de imagen donde la higiene es especialmente importante.
- Establecer pautas y mejores prácticas para garantizar la higiene en los aparatos de imagen.
- Evaluar el impacto de las prácticas de higiene en la calidad de las imágenes médicas y, por lo tanto, en la precisión del diagnóstico.

3 Metodología

Se realizará una revisión exhaustiva de la literatura científica y médica relacionada con la higiene en los aparatos de imagen diagnóstica. Esto incluirá investigaciones previas, estudios de casos y pautas de organizaciones de salud reconocidas.

Se recopilarán experiencias y perspectivas sobre la importancia de la higiene en su práctica.

Se compararán los resultados de la revisión de la literatura y los datos empíricos para identificar tendencias, desafíos y mejores prácticas en la higiene de los aparatos de imagen diagnóstica.

4 Resultados

La higiene de los equipos de diagnóstico por imágenes es un aspecto importante de la medicina de diagnóstico y los resultados de este estudio resaltan su importancia y el impacto significativo que tiene en la atención al paciente y la calidad de la atención. Los hallazgos clave incluyen:

- Áreas críticas de higiene:

Se han identificado áreas críticas en el dispositivo de imágenes que requieren atención higiénica especial. Estas áreas incluyen el panel de imágenes, el teclado, la pantalla táctil, la superficie para tumbarse y las áreas que entran en contacto directo con el paciente.

- La importancia de la higiene en la prevención de infecciones:

La higiene adecuada de los equipos de imágenes es importante para prevenir la transmisión de infecciones entre pacientes y reducir la exposición de los trabajadores de la salud a patógenos. Esto es especialmente cierto en situaciones de enfermedades infecciosas como la enfermedad por coronavirus (COVID-19).

- Impacto en la calidad de la imagen y el diagnóstico:

Se ha observado que la mala higiene de los equipos de imágenes puede tener un impacto negativo en la calidad de las imágenes médicas. Las huellas dactilares, el polvo y la suciedad pueden afectar la capacidad de obtener imágenes claras y precisas, lo que a su vez puede afectar la precisión del diagnóstico.

- Protocolos de higiene y capacitación:

Centros de salud que han implementado protocolos de higiene específicos para equipos de imágenes y personal capacitado, en consecuencia podrán cumplir mejor con las prácticas de higiene y controlar mejor la propagación de infecciones.

- Desafíos en la implementación:

Se identificaron desafíos en la implementación de prácticas de higiene efectivas en entornos de diagnóstico por imágenes. Estos desafíos incluyen la falta de conciencia sobre la importancia de la higiene, la falta de tiempo para completar las tareas de limpieza y la resistencia a cambiar los procesos de trabajo.

- Mejores prácticas y recomendaciones:

Se han desarrollado mejores prácticas y recomendaciones para garantizar la higiene de los equipos de imágenes. Esto incluye limpiar periódicamente las superficies de alto contacto, utilizar desinfectantes adecuados, asignar responsabilidades de higiene claras y crear recordatorios visuales.

- Implicaciones para la atención al paciente:

Se ha observado que practicar buenas prácticas de higiene no solo previene las infecciones cruzadas y mejora la seguridad del paciente, sino que también contribuye a la confianza del paciente y a una experiencia de atención más positiva.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de este estudio resaltan la importancia de la higiene en los equipos de imagen en medicina de diagnóstico. Mantener una higiene adecuada en estas áreas no solo es importante para la prevención de infecciones y la seguridad del paciente, sino que también afecta directamente la calidad de las imágenes

médicas y, por tanto, la precisión del diagnóstico. La implementación de protocolos de higiene y la capacitación del personal son esenciales para garantizar el cumplimiento de las prácticas de higiene y, en última instancia, mejorar la atención médica general. La higiene de las imágenes no debe ignorarse y debe priorizarse en todos los centros sanitarios.

6 Bibliografía

1. www.hospitalitaliano.org.ar/HigienydesinfecciondeequiposenelareadeDiagnosticoporIma.pdf.
2. <https://ifprescate.com/producto/higiene-y-desinfeccion-hospitalaria-para-tecnicos-en-cuidados-tecnico-en-emergencias-sanitarias/>.
3. <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-92205/5.pdf>.

Capítulo 365

EL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE TUMOR DE PULMÓN.

MARIA INMACULADA GUILLAMON VICENTE

ALMUDENA RODRÍGUEZ TIRADO

BEATRIZ MARIN PASTOR

1 Introducción

Para comenzar este capítulo, es imprescindible conocer quién es el personal de técnico de radioterapia.

El profesional de Técnico de Radioterapia es aquel personal que ha tenido que superar los estudios de técnico de radioterapia y haber obtenido el título que le permite ejercer como tal.

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 tumor de pulmón.

Los pulmones son dos órganos que se encuentran el interior de la caja torácica y que están separados por el mediastino. El pulmón derecho es mayor que el izquierdo, y se compone de tres lóbulos, mientras que el izquierdo es de menor tamaño porque deja espacio para el corazón, por lo que se compone de solo dos lóbulos.

El tumor de pulmón es una de las principales causas de muerte en hombres y mujeres, esto se debe a que es asintomático y en detección suele estar en estadio avanzado.

Se pueden diferenciar dos tipos de tumor de pulmón: tumor de células pequeñas o microcítico o tumor de células no pequeñas o no microcítico.

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 tumor de pulmón.

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

Uno de los problemas que se presentan en el tratamiento con radioterapia es la movilidad de los pulmones debido a la respiración. Para esto se emplea un dispositivo llamado gaiting respiratorio que permite administrar la dosis de radiación de forma sincronizada con la respiración.

En el tratamiento de pulmón se emplean fotones de 6 Mv.

Alguna de las técnicas de teleterapia empleadas para el tumor de pulmón pueden ser:

- IMRT o de intensidad modulada: Esta técnica emplea el uso de múltiples haces con intensidad variable y permite mayor conformación de la dosis en el campo de tratamiento, disminuyendo así en órganos de riesgo. Esta técnica es muy útil para tumores que se encuentran próximos a la médula u otros órganos de riesgo.
- Arcoterapia volumétrica de intensidad modulada. Al igual que la IMRT permite mayor conformación, la dosis. Esta técnica utiliza un arco que irradia de manera constante alrededor del paciente.
- SBRT o estereotáctica corporal: Esta técnica emplea dosis altas en pocas sesiones.

Corresponde a una técnica más precisa y se emplea sobre todo en tumores pequeños y localizados.

Otra de las técnicas que se emplean en combinación con las ya mencionadas es la IGRT o radioterapia guiada por la imagen, que permite el uso de imágenes en tiempo real para ver el correcto posicionamiento del paciente y obtener mayor precisión en la administración de dosis.

Órganos de riesgo y efectos secundarios de la radioterapia.

Los órganos de riesgo en el tratamiento de radioterapia son principalmente la médula espinal, el corazón, los pulmones y el esófago.

Entre los efectos secundarios que pueden aparecer tras el tratamiento, se pueden diferenciar en agudos, como neumonitis y esofagitis, y crónicos, como neumonitis y fibrosis pulmonar.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad se ha demostrado que la combinación de radioterapia con otros tipos de tratamiento puede aumentar la supervivencia de los pacientes, por lo que dependiendo del tipo de célula que componga el tumor y el estadio de la enfermedad, esta se administrará de forma concomitante con quimioterapia. El empleo de otras modalidades de tratamiento como la terapia dirigida o la inmunoterapia están dando lugar en muchas ocasiones a buenos resultados y mejora en los pacientes con tumor de pulmón.

Para concluir, el tratamiento con radioterapia en el cáncer de pulmón busca controlar la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes, pero el estudio y seguimiento en la administración de la dosis permitirán evaluar y mitigar los riesgos y efectos secundarios asociados.

6 Bibliografía

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

Capítulo 366

DETECCIÓN DE ROTAVIRUS Y ADENOVIRUS EN HECES

ELENA APARICIO ABAD

1 Introducción

El rotavirus y el adenovirus son los virus que causan en el ser humano la enfermedad que se conoce con el nombre de gastroenteritis.

El rotavirus es un virus de ARN bicatenario, perteneciente a la familia llamada Reoviridae. Se conocen de este virus 7 tipos diferentes, que se identifican de la A a la G.

No obstante, los únicos que perjudican a las personas son el A, B y C. Cabe destacar que el A es el mayor causante de gastroenteritis en niños menores de 5 años.

Las tasas más altas de la enfermedad se dan en los bebés y en los niños pequeños. Los síntomas significativos de la gastroenteritis son vómitos, fiebre, diarrea y deshidratación. La diarrea tiene un período de duración de 5 a 10 días y la fiebre suele durar menos tiempo. Los adultos también pueden infectarse con el virus, pero los síntomas suelen ser más leves.

El virus se transmite fundamentalmente por vía fecal-oral, normalmente las personas se contagian simplemente teniendo contacto con una persona que esté infectada y ya que el virus permanece estable en el medioambiente, también nos podemos infectar con éste ingiriendo agua o alimentos contaminados y además por contactos con superficies u objetos contaminados.

El tiempo de incubación del virus suele ser aproximadamente de dos días antes de que empiecen a mostrarse los síntomas y puede sobrevivir durante horas en las

manos y durante días en superficies sólidas como por ejemplo mantas, sábanas, ropa, juguetes, pañales, etc.

El adenovirus es un virus de ADN de doble cadena el cual pertenece a la familia conocida con el nombre de Adenoviridae. Se clasifican atendiendo a tres antígenos mayores presentes en la cápside llamados hexona, pentona y fibra. Al igual que el rotavirus hay siete especies de adenovirus denominados de la A a la G.

Los adenovirus generalmente son los causantes de las enfermedades respiratorias como son los resfriados, la bronquiolitis y la neumonía y en los niños sobre todo causan infecciones en el tracto respiratorio e intestinal.

Las infecciones respiratorias producidas por este virus se dan por contacto directo entre personas a través de los fluidos de boca, garganta, nariz y pulmones o por algún objeto contaminado con este virus.

Las infecciones del tracto intestinal se suelen producir por contacto fecal-oral. Esto puede darse por no lavarse las manos lo suficiente o por comer o beber alimentos o agua en mal estado.

2 Objetivos

- Describir los dos tipos de virus que causan la gastroenteritis.
- Explicar en qué consiste la técnica que se realiza en el laboratorio para su detección.

3 Metodología

Para la preparación del presente trabajo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica que existe. Se han examinado artículos de las bases de datos principales como son Scielo, Medline, Google Scholar y se han elegido artículos científicos procedentes de publicaciones académicas que han sido revisadas anteriormente.

4 Resultados

Para la ejecución de la prueba se recomienda recoger la muestra de heces entre los primeros 4 días desde que aparecen los primeros síntomas.

Para esta técnica lo que necesitamos es una muestra de heces lo más reciente posible. El paciente tendrá que recoger una muestra de heces en las condiciones

más higiénicas posibles, hay que evitar el contacto con la orina, papel higiénico, etc.

La muestra se depositará en un contenedor estéril que le habrá facilitado previamente el personal sanitario ya sea en el laboratorio del hospital o en un centro de salud.

La muestra tiene que ser aproximadamente del tamaño de una nuez.

Una vez recogida se entregará en el laboratorio para su análisis.

Procedimiento:

Se coge una pequeña cantidad de la muestra de heces y se le añade a un tubo que contiene un medio líquido (buffer) con ayuda de un palito que trae el tapón del propio tubo. Se remueve el buffer bien para que la muestra se distribuya correctamente.

A continuación, se saca el test de su envoltorio y se identifica éste con el número de petición del paciente.

Después se rompe la punta del vial o buffer y se depositan cuatro gotas en cada pocillo, cuatro gotas para el rotavirus y otras cuatro para el adenovirus.

Se deja que actúe durante 10 minutos y a continuación se lee el resultado.

Interpretación de los resultados:

La línea del control aparecerá de color verde y la del virus de color rojo para un resultado positivo. Si sólo aparece la línea del control y la del virus no, el resultado será negativo.

Si no aparece la línea del control y la del virus si, el resultado sería inválido, habría que repetir la prueba.

5 Discusión-Conclusión

Los test tienen una sensibilidad y especificidad alta. Este mismo análisis se puede hacer en el laboratorio de forma automatizada. Sería el mismo proceso, pero para ello utilizaríamos otro tipo de test o también llamado casete que lo meteríamos en el aparato para su lectura.

El casete que se usa en la prueba contiene en la línea del test una tira de membrana compuesta de nitrocelulosa que fue fijada anteriormente con anticuerpos monoclonales de ratón contra adenovirus y rotavirus, y en la línea del control presenta anticuerpos policlonales de conejo contra una proteína específica. Esto en contacto con el antígeno presente en la muestra de heces hace que se produzca la reacción.

Estos tipos de test tienen sus defectos, ya que si tiene demasiada muestra la preparación puede dar un falso resultado, obteniendo líneas que no están muy

claras y de un color diferente al que se produce normalmente con la reacción de la muestra.

Cuando el test ya está abierto no puede estar más de 2 horas sin usarse.

Si la muestra se ha recogido pasada una semana de la infección con el virus, la presencia de éste en las heces disminuye notablemente, por lo que sería normal que la muestra estuviera menos concentrada.

Si el resultado es negativo, no hay que considerarlo como definitivo, ya que puede haber menos concentración de antígenos en la muestra respecto del límite de valores que detecta el test. Habría que realizar otra prueba si se continua con los síntomas.

Si el resultado es positivo habría que asegurarse realizando métodos bioquímicos u otras técnicas microscópicas para confirmarlo.

La enfermedad la debe confirmar un médico especialista tras valorar todas las pruebas que se le realicen al paciente junto con los resultados de las analíticas realizadas en el laboratorio.

6 Bibliografía

1. www.medlineplus.gov.
2. www.elsevier.es.
3. www.seimc.org.

Capítulo 367

PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES: CRIBADO DE CÁNCER DE COLON

ELENA APARICIO ABAD

1 Introducción

El cáncer de colon se origina cuando las células sanas del revestimiento interno del colon o del recto cambian de tamaño creciendo sin control dando lugar a una masa a la que llamamos tumor.

El tumor puede ser benigno o maligno. El benigno puede crecer, pero no se diseminará a ningún otro órgano del cuerpo, pero el maligno si puede crecer y diseminarse a otras partes del cuerpo.

Estos cambios en las células pueden tardar años en darse y pueden deberse a factores genéticos y ambientales.

El cáncer a menudo comienza con pólipos, que son unos crecimientos que no son cancerosos y que se originan en la pared interna del colon y del recto a medida que las personas van envejeciendo. Si estos pólipos no se tratan y no se les extirpa pueden llegar a desarrollar cáncer con riesgo de muerte.

Hay varios tipos de pólipos:

- Adenomatosos: son una protuberancia en la pared del colon y se pueden detectar mediante la colonoscopia.
- Planos: son difíciles de ver, para verlos se necesita hacer una colonoscopia con un medio de contraste.
- Hiperplásicos: a estos no se les considera cancerosos.

Para detectar la enfermedad de forma precoz hay una prueba que se realiza en el laboratorio que es la sangre oculta en heces.

La sangre oculta en heces es un análisis que se le hace a una muestra de heces buscando la sangre presente en la muestra que no se puede ver a simple vista.

Cuando hay sangre en las heces es probable que haya algún tipo de sangrado en el tubo digestivo.

Los sangrados pueden deberse a pólipos, hemorroides, diverticulosis, úlceras, colitis y cáncer colorrectal.

2 Objetivos

- Poner de manifiesto la importancia de la detección precoz del cáncer de colon.
- Explicar las técnicas que existen en el laboratorio para la detección de la 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

Existen dos métodos para la detección de la sangre oculta en heces, ambos están diseñados para detectar la hemoglobina que está presente en los hematíes o también llamados glóbulos rojos. Estos métodos son: el método inmunoquímico y el método del guayaco.

El método inmunoquímico detecta la parte proteica de la hemoglobina, conocida con el nombre de globina. Este método detecta concretamente la globina humana. Y el método del guayaco detecta el grupo hemo (que contiene hierro) o la parte no proteica de la hemoglobina.

El método inmunoquímico consiste en recoger una muestra de heces en un recipiente estéril, no tienen que tener las heces contacto con la orina ni el agua del inodoro.

Una vez recogidas, se tomará una pequeña muestra y se introduce en un tubo recolector especializado que le será entregado al paciente por el personal sanitario junto con las instrucciones adecuadas para su recogida.

Después de que se haya recogido la muestra se entregará o bien en el centro de salud o en el laboratorio del hospital para su posterior análisis.

El técnico de laboratorio a su llegada al hospital tomará el tubo, lo homogenizará bien para que la muestra se mezcle con el medio líquido que contiene éste y lo introducirá en el aparato para su análisis. El aparato emitirá el resultado como valor numérico.

Para el método del guayaco, se le entregará al paciente unas tarjetas y depositarán en ellas una pequeña cantidad de muestra de heces de varias deposiciones. Se suelen recoger de dos a tres deposiciones de varios días consecutivos. El número de tarjetas irá en función del número de deposiciones. La muestra se depositará en la tarjeta en una zona específica y a continuación está reaccionará cambiando de coloración.

Se entregará la tarjeta en el centro de salud o en el hospital como en el otro método. A su llegada al laboratorio se procederá a la interpretación de los resultados. Se interpretará como positivo o negativo dependiendo el color que se haya producido al reaccionar con la muestra de heces.

Se prefiere el método inmunoquímico para esta prueba ya que es más sensible que el del guayaco y no se necesita ningún tipo de dieta.

Sin embargo, para la realización de la prueba del guayaco hay que evitar el consumo de carnes rojas, los medicamentos tipo antiinflamatorios no esteroideos como son el ibuprofeno y el naproxeno, los procedimientos dentales, ya que el sangrado de las encías se puede detectar en la prueba y otros alimentos como son el rábano, la coliflor, la manzana, el brócoli pueden cambiar el color de la sangre y dar un falso positivo. La vitamina C puede alterar también el resultado de la prueba así que también hay que evitar los zumos de frutas que contengan vitamina C y suplementos alimenticios.

5 Discusión-Conclusión

Se considera resultado negativo cuando no hay presencia de sangre en las heces y se considera resultado positivo cuando sí se detecta sangre. Ante un resultado positivo convendría hacer otro tipo de pruebas como una colonoscopia para localizar de donde proviene el sangrado.

La principal utilidad de las pruebas de sangre oculta en heces es la detección de pólipos o cáncer de colon precoz en las personas que tienen un riesgo medio.

Si se detecta de forma precoz, se puede iniciar un tratamiento y las probabilidades de curación por lo tanto aumentan.

La prueba de sangre oculta presenta una sensibilidad y especificidad alta para el cáncer de colon, no tanto para los pólipos.

Grupos médicos expertos recomiendan comenzar con los exámenes de detección a partir de los 45 años a los 50 años de edad.

Se deben realizar exámenes más frecuentes las personas que tienen antecedentes personales de cáncer o pólipos adenomatosos, así como las que tienen antecedentes de cáncer o pólipos en parientes de primer grado sanguíneo como son los padres, los hermanos y los hijos.

Esta prueba se puede usar también para ayudar a diagnosticar la causa de anemia, puede ayudar a diferenciar entre síndrome del intestino irritable y enfermedad inflamatoria intestinal.

Hay que destacar que no todos los tipos de cáncer de colon ni todos los pólipos sangran, por lo que hay otras pruebas que se utilizan para detectar la enfermedad como son:

- Prueba de ADN en heces.
- Colonoscopia y sigmoidoscopia.
- Ecosonografía por tomografía computarizada (TC), también conocida como colonoscopia virtual.

6 Bibliografía

1. www.cancer.gov.
2. www.cancer.net.
3. www.medliplus.gov.
4. www.elsevier.es.

Capítulo 368

TÉCNICO ESPECIALISTA DE LABORATORIO: ESTUDIO DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE, MÉTODOS Y PRUEBAS RÁPIDAS DE DIAGNÓSTICO

MARÍA DOLORES CASASEMPERE GARCÉS

1 Introducción

En 1935 O'Toole y Hall identifican al *Clostridium difficile*, en un primer momento le denominan *Bacillus difficilis* ya que era difícil de aislar en medios de cultivo. Lo describieron como un anaerobio capaz de invadir la mucosa intestinal de neonatos sanos y que formaba parte de la flora bacteriana del intestino, pero no se le consideró agente infeccioso hasta el final de los años 70 del siglo XX cuando se pudo comprobar que había unas variantes que elaboraban unas toxinas (A y B) que poseían capacidad patógena en humanos.

Dentro de las bacterias anaerobias Gram positivas podemos distinguir el género *Clostridium*. Son bacilos grampositivos, saprófitos y parásitos. Varios géneros son móviles, ya que poseen flagelos peritricos, y esporulan (esporas resistentes a la acidez del estómago y pueden germinar en el intestino delgado al exponerse a las sales biliares volviendo a su forma vegetativa), se transmiten por vía fecal-oral y reciben el nombre de "kolstro" en griego, debido a su forma de palillo de tambor o de uso de hilar. Dentro de este grupo los más importantes son: *Clostridium novyi*, *Clostridium septicum*, *Clostridium tetani* (causa el tétanos), *Clostridium botulinum* (botulismo), *Clostridium perfringens* (gangrena gaseosa).

En el año 2016 se produjo una recalificación de géneros creando el género *Clostridoides*, al que se le considera filogenéticamente un géneropolifilético que se podría dividir en varios géneros no fuertemente relacionados, en él se incluiría a *Clostridium difficile* y al *C. mangenotti*.

En 1935 Hall y O'Toole identifican al *Clostridium difficile*, aunque en un primer momento lo denominaron *Bacillus difficilis* ya que era difícil aislarlo en medios de cultivo, formaba parte de la flora bacteriana del intestino. Lo describieron como un anaerobio capaz de invadir la mucosa intestinal de neonatos sanos, pero no se le consideró agente infeccioso hasta el final de los años 70 del siglo XX cuando se pudo comprobar que había unas variantes que elaboraban unas toxinas (A y B) que poseían capacidad patógena en humanos.

La infección por *Clostridium difficile* (ICD) cursa con diarreas que pueden ser desde leves hasta una grave colitis pseudomembranosa poniendo en grave peligro la vida del paciente. Debido a que puede producir esporas se mantiene en el ambiente largos periodos de tiempo y una gran cantidad de desinfectantes no son capaces de eliminarlos. Es un patógeno fácil de transmitir. Es una enfermedad que se produce cuando el patógeno se reproduce en el colon generalmente por la pérdida de la flora bacteriana a raíz de un tratamiento con antibióticos, es la primera causa de diarrea nosocomial en países desarrollados por su transmisión a través de las manos del personal sanitario. Los pacientes más afectados son los adultos mayores que residen en centros de cuidado a largo plazo o que están ingresados en un centro hospitalario. Este microorganismo se puede encontrar en las heces de un 3% de personas adultas y hasta en un 80% de niños menores de un año con escasa sintomatología.

Una vez que el *C. difficile* ha colonizado el colon, en ocasiones libera dos toxinas que tiene un peso molecular elevado, toxina A y toxina B y estas son las que causan la sintomatología de la enfermedad.

La facultad de sintetizar toxinas del *C. difficile* es el mecanismo principal de su capacidad de provocar una ICD. Las toxinas sintetizadas son: A (enterotoxina) y B (citotoxina) que están codificadas en una determinada posición de un gen o marcador (locus) al que se le denomina PaLoc. Hay una tercera toxina llamada binaria o *C. difficile* transferasa (CDT), que es producida por algunas cepas de *C. difficile*. Esta toxina tiene dos cromosomas, aparece cifrada en una zona del cromosoma fuera del PaLoc. También la presencia de proteínas de superficie que actúan en la unión de CD a las células epiteliales del paciente infectado. Y actúa en conjunto con las toxinas A y B.

Estas toxinas A y B producen una inflamación en el intestino grueso, un aumento de la permeabilidad epitelial. Un estudio extenso de la función de las toxinas por

separado, en especial de las cepas toxigénicas de *Clostridium difficile*, todas las cepas virulentas de CD fabrican la toxina B y no siempre la toxina A, lo que sugiere que la toxina B tiene un papel predominante en la infección por *Clostridium difficile*.

Tanto las cepas tóxicas como las no tóxicas producen la enzima *Clostridium difficile* Glutamato Deshidrogenasa (GDH) en grandes cantidades y esto le convierte en un marcador muy efectivo a la hora de detectar el microorganismo en la muestra sospechosa de una infección por este microorganismo.

Por tanto, el estudio para la detección del *Clostridium difficile* debe constar de la detección de la GDH, la presencia de las toxinas A y B, que se llevará a cabo mediante diferentes técnicas, y de la realización de un cultivo toxicogénico mediante el cultivo y aislamiento del *C. difficile* en una muestra de heces.

2 Objetivos

- Conocer la relación de técnicas para la determinación de los factores que determinan una infección por *C. difficile*.
- Desarrollar las diferentes técnicas que se han de efectuar para determinar la presencia de *Clostridium difficile*.

3 Metodología

Para el desarrollo del presente capítulo se llevó a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre 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.

4 Resultados

En función de si la sintomatología del paciente puede indicar una infección por *Clostridium difficile* se procederá al estudio de una muestra de heces.

TOMA DE MUESTRA: Para el diagnóstico de la infección por *Clostridium difficile* muestra más conveniente son heces líquidas, no formes o sueltas que se hayan recogido en un recipiente estéril sin medio de transporte, aunque los últimos estudios han comprobado que también se pueden utilizar recipientes con

medio de transporte utilizado para el estudio de enteropatógenos. Solo es necesario recoger una muestra mientras dure el mismo proceso infeccioso. Las muestras que se van a utilizar para el cultivo toxigénico se deben procesar lo antes posible. Las muestras en hisopo no se admiten debido a que la concentración de CD en estas muestras es muy elevada.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:

Se han de cumplir dos criterios al menos para que una muestra se procese para el diagnóstico de *C. difficile*: que no existiendo otra causa para la diarrea la detección de toxina y/o que se aislé el *C. difficile* productor de la toxina o que existan resultados evidentes en colonoscopias o megacolon o certeza en el íleo paralítico.

CLASIFICACIÓN:

- ☒ Pruebas rápidas
- ☒ Detección de toxina A y B
- ☒ Detección de enzima glutamato deshidrogenasa GDH.
- ☒ Detección de genes de toxina A y B
- ☒ Otras pruebas
- ☒ Detección de toxina B de *C. difficile* en cultivo celular de heces.
- ☒ Cultivo toxigénico

PRUEBAS RÁPIDAS

Hay una gran variedad de pruebas para la detección del *C. difficile*, muchas son pruebas rápidas que se busca detectar los antígenos del *C. difficile*, con estas técnicas se obtienen resultados en poco espacio de tiempo minutos u horas, van encaminadas a detectar toxina A y B, así como la GDH (antígeno glutamato deshidrogenasa), aunque con esta prueba se detectan también cepas que no producen toxina. También las pruebas detectoras de genes, (reacción en cadena de la polimerasa) mediante la amplificación de ácidos nucleicos.

DETECCIÓN DE GDH (Detección de glutamato deshidrogenasa) o Detección de antígeno no específico: la GDH es una proteína unida a la bacteria, que es fabricada por la mayoría de las cepas de *C. difficile* en gran cantidad. Los test actuales para detectar la GDH son pruebas inmunocromatograficas cualitativas o técnicas de enzimoimmunoensayo y cuya lectura es espectrofotométrica o de quimioluminiscencia.

Fundamento del test: las técnicas se pueden realizar en kit en los que la lectura es manual o en los que la lectura se realiza mediante un equipo analizador. El cartucho que forma parte del kit del test tiene una membrana de nitrocelulosa,

en la cual se fijan en una línea del cartucho anticuerpos monoclonales de ratón frente a la GDH, en otra línea se está membrana se fijan anticuerpos policlonales de conejo frente a una proteína específica. Parte del kit también lo forma un recipiente que contiene un tampón en el que se diluirá la muestra.

Pasos de la técnica:

- Preparación: Con un escobillón o torunda se tomará una pequeña muestra posicionando el escobillón en tres o cuatro lugares de la muestra.
- Se introduce el escobillón en una solución tampón.
- Lectura manual: se depositan tres gotas de la solución en la ventana para depositar la muestra. Y dejar actuar quince minutos. Si transcurrido el tiempo aparece solo una línea verde en la zona del cartucho marcada con una superior del cartucho el resultado es negativo, si aparece una línea verde en la zona superior y otra roja en la zona inferior el resultado será positivo. Si aparece solo la línea roja o ninguna línea el resultado del test es inválido.
- Lectura automática: Seleccionaremos la técnica a realizar en el analizador, introducimos el número de petición de la muestra. Insertar el cartucho en el analizador y depositar tres gotas de la muestra en la ventana. Seleccionar inicio de prueba en 15 minutos el equipo dará el resultado.

Es una técnica que tiene una alta sensibilidad entre un 88^a 100% y su especificidad es entre 76-97% algo menor debido a que detecta tanto cepas toxicogénicas como no toxicogénicas.

DETECCIÓN DE LAS TOXINAS A Y B: La producción de estas toxinas por el *C. difficile* es la principal facultad que posee para provocar ICD, por consiguiente, la detección de estas es un factor importante a la hora de realizar un diagnóstico de una infección provocada por el *C. difficile*. Para la detección de estas toxinas existen unas que detectan la toxina A y otras que detectan ambas toxinas A y B. Son técnicas de inmunoanálisis (IA):

- Técnicas de enzimoimmunoanálisis que se efectúan una lectura por quimioluminiscencia o espectrofotometría.
- Técnicas inmunocromatográficas que se fundamentan en un flujo lateral u horizontal.

Los test rápidos tienen una sensibilidad buena y son bastante específicas. También existen test que detectan a la vez la GDH y las toxinas A y B.

Fundamento del test: la forma de realización de la técnica puede ser de forma

manual su lectura o utilizando un analizador.

Los cartuchos que se encuentran en el kit de detección presentan:

TOXINA A: En el cartucho hay una membrana que está cubierta con anti-C difficile anticuerpo Toxina A en la parte de la línea de prueba, al depositar la muestra está reacciona con las partículas que tienen anticuerpos anti-Toxina A de C. difficile. Por capilaridad la mezcla formada sube hacia arriba en la membrana y reacciona cromatográficamente con el anticuerpo anti-Toxina A de C. difficile de la membrana y produce una línea coloreada lo que indica un resultado positivo, si no aparece esta línea coloreada el resultado se considera negativo.

Toxina B: en este caso la membrana se encuentra recubierta con anticuerpo anti-Toxina B de C. difficile en la línea de prueba. Mientras se desarrolla la prueba la muestra reaccionara con el anticuerpo anti-Toxina B del C. d. que recubren las partículas, ascenderá por la membrana cromatográficamente capilarmente y reacciona con el anticuerpo anti-C difficile Toxina B produciendo una línea coloreada. Si aparece la línea coloreada el resultado es positivo, en ausencia de línea coloreada ser negativo.

Pasos de la técnica:

- **Preparación:** Con un escobillón o torunda se tomará una pequeña muestra posicionando el escobillón en tres o cuatro lugares de la muestra.
- Se introduce el escobillón en una solución tampón.
- **Lectura manual:** se depositan tres gotas de la solución en la ventana para depositar la muestra. Y dejar actuar quince minutos. Si transcurrido el tiempo aparece solo una línea verde en la zona del cartucho marcada con una superior del cartucho el resultado es negativo, si aparece una línea verde en la zona superior y otra roja en la zona inferior el resultado será positivo. Si aparece solo la línea roja o ninguna línea el resultado del test es invalido.
- **Lectura automática:** Seleccionaremos la técnica a realizar en el analizador, introducimos el número de petición de la muestra. Insertar el cartucho en el analizador y depositar tres gotas de la muestra en la ventana. Seleccionar inicio de prueba en 15 minutos el equipo dará el resultado, tras haber analizado la luz fluorescente que se produce en la membrana, basándose en unos algoritmos preprogramados.

Esta técnica tiene una especificidad superior al 90% e incluso algunas veces se acerca 100%. Sin embargo, en su contra cuenta con un alto porcentaje de falsos positivos y falsos negativos.

DETECCIÓN DE GENES DE TOXINA A Y B: Es la técnica que más recientemente se ha incorporado al estudio y diagnóstico de la ICD. Estas pruebas pueden tardar

en dar un resultado entre 45 minutos y 3 horas. La limitación en el uso de esta técnica es su elevado coste, tanto en reactivos como en equipos necesarios.

Fundamento de la técnica: La gran ventaja de estas técnicas es que a la hora de diseñarlas se pueden utilizar múltiples dianas y así aumenta su importancia epidemiológica y diagnóstica. Existen dos procedimientos para realizar estas técnicas, se puede hacer la prueba directamente sin necesidad de hacer una extracción previa de ADN, uno de los procedimientos es la amplificación por PCR y después detectar el producto amplificado o amplificaciones isotérmicas.

Su sensibilidad es superior al 90%.

Para la realización de estas técnicas existen diferentes preparaciones comerciales en los que se utilizan diferentes equipos y reactivos que no utilizan técnicas de realización complicadas. Por ejemplo, GeneXpert, Liaison, etc.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de este capítulo hemos ido detallando las diferentes pruebas rápidas para la detección del *Clostridium difficile* y podemos llegar a la conclusión de que realizar una de estas pruebas individualmente no nos ofrecen resultados concluyentes y para esta valoración se ha tenido en cuenta no solo la efectividad de las pruebas, su sensibilidad, su coste, llegando a la conclusión de que una combinación de ellas pueden ofrecer en un corto periodo de tiempo un resultado que permita emitir un diagnóstico y que el tratamiento se comience a la mayor brevedad posible.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/c-difficile/symptoms-causes/syc-20351691>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/cdiffinfections.html>.
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-infeccion-por-clostridium-difficile-epidemiologia-S0716864014700641>.
4. <https://www.infectologia.edu.uy/casos-clinicos/noviembre-2021/clostridioides-difficile>.
5. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-actualizacion-sobre-infeccion-por-clostridium-S0211139X20300044>.
6. <https://www.lifeder.com/clostridium-difficile/>.

7. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-infeccion-por-clostridium-difficile-epidemiologia-S0716864014700641-difficile-epidemiologia-S071686401>.
8. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-diagnostico-microbiologico-infeccion-por-clostridium-S0213005X15003225>.
9. <https://www.thermofisher.com/order/catalog/product/R24650>.
10. https://www.savyondiagnostics.com/wp-content/uploads/2017/07/S-C.Strip_C.difficile_GDHTox_ATox_B_41220S.V05-06.2019.pdf.
11. <https://www.ivami.com/es/microbiologia-clinica/59-clostridium-difficile-toxina-deteccion-de-diagnostico-molecular>.
12. https://live-biotherapeutic.creative-biolabs.com/clostridium-spp.htm?msclkid=f1c47ce57d371d80530b19f48e5e3358&utm_source=bing&utm_medium=cpc&utm_campaign=Service&utm_term=clrostridium&utm_content=1-1-6%20Clostridium%20spp.

Capítulo 369

EL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA ANTE UN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA. TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EXTERNA Y BRAQUITERAPIA

ALMUDENA RODRÍGUEZ TIRADO

MARIA INMACULADA GUILLAMON VICENTE

BEATRIZ MARIN PASTOR

1 Introducción

Para comenzar este capítulo, es imprescindible conocer quién es el personal de técnico de radioterapia.

El profesional de Técnico de Radioterapia es aquel personal que ha tenido que superar los estudios de técnico de radioterapia y haber obtenido el título que le permite ejercer como tal.

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 ante un paciente con cáncer de próstata.

El cáncer de próstata es el tumor maligno más común en hombres. Generalmente, presenta buen pronóstico, ya que los avances en los tratamientos han ayudado a disminuir ampliamente la mortalidad, siendo en muchos casos el fallecimiento por otro motivo y no por el propio cáncer. En sus etapas iniciales, el cáncer de próstata clínicamente localizado se muestra generalmente sin síntomas. No obstante, a medida que aumenta el tamaño, puede producir problemas urinarios tales como dolor al orinar, presencia de sangre, falta de orina, etc. Todo ello, junto con un análisis físico, una analítica de PSA y una biopsia, nos darán los datos necesarios para detectar si nos encontramos ante un tumor maligno.

2 Objetivos

Realizar una revisión bibliográfica sobre el papel del profesional de Técnico de Radioterapia ante un paciente con cáncer de próstata.

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

En general, la radioterapia se suele emplear en aquellos casos en los que el cáncer de próstata se encuentra en estadios iniciales, para poder controlar la enfermedad con extensión local y en todo caso regional y con fines paliativos, en donde hay metástasis y ya no es posible la curación. Hoy en día las dos modalidades presentes en este ámbito son: la braquiterapia y la radiación externa.

La braquiterapia supone una de las técnicas más utilizadas desde el inicio. Se aplica la radioterapia sobre la glándula con el mínimo daño a las estructuras limítrofes. No es considerada como opción en aquellos pacientes con una esperanza de vida inferior a 5 años o con aquellos con metástasis.

Hay dos tipos que destacar: braquiterapia de baja dosis en la que se implantan semillas radiactivas en el interior del paciente de manera permanente y braquiterapia de alta dosis que usa dosis muy altas de radiación por un tiempo limitado. Y respecto a la radioterapia externa, podemos decir que la radiación llega a los tejidos desde el exterior, dirigiendo los haces directamente sobre el tumor y evitando dañar al máximo el tejido sano y así disminuyendo los efectos secundarios. Ambas son empleadas, pero recordemos que siempre tratando cada caso de forma particular y totalmente individualizada y siempre teniendo en cuenta la calidad de vida del paciente después de tales tratamientos. Cabe destacar que la función sexual es uno de los efectos secundarios que más preocupa a los pacientes, de tal manera que la radioterapia externa afecta en menor medida en este caso que la braquiterapia, que puede provocar mayor toxicidad respecto este tema, al contrario, sobre la función urinaria esta última presenta mejores resultados frente a la radioterapia externa

5 Discusión-Conclusión

Después de llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se determina que la braquiterapia se presenta como el tratamiento de elección para aquellos pacientes de bajo riesgo y que su nivel de calidad de vida era bueno antes de iniciar el tratamiento. Uno de los factores determinantes para la elección de una opción u otra es aquella cuya afectación en la función eréctil sea menor. Si cabe destacar que una información adecuada sobre los posibles efectos secundarios conlleva una mejor aceptación de los mismos.

Aun así, cabe destacar que los tratamientos sobre el cáncer de próstata localizado han mejorado en los últimos años, aumentando la esperanza de vida a la par que una excelente calidad de vida, de tal manera que mucho de los efectos secundarios que se producían han ido disminuyendo. De tal manera que los pacientes sometidos a braquiterapia hablan de un tratamiento seguro, eficaz, con unas altas tasas de curación y permitiendo a los mismos mantener una buena calidad de vida tanto en el aspecto físico como desde una perspectiva de buena salud mental.

6 Bibliografía

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

Capítulo 370

TÉCNICO DE RADIOTERAPIA EXPONE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TUMORES INFANTILES

BEATRIZ MARIN PASTOR

MARIA INMACULADA GUILLAMON VICENTE

ALMUDENA RODRÍGUEZ TIRADO

1 Introducción

El cáncer es un grupo de enfermedades relacionadas. En todos los tipos de cáncer, algunas de las células del cuerpo comienzan a dividirse sin detenerse, extendiéndose a los tejidos cercanos.

En general, se forman nuevas células a medida que se necesitan, reemplazando las células viejas que mueren. A veces, este proceso no resulta como se espera. Se forman nuevas células cuando no las necesita, y las células viejas no mueren cuando deberían. Las células adicionales pueden formar un tumor. Los tumores pueden ser benignos o malignos. Los tumores benignos no son cancerosos, mientras que los malignos sí lo son. Las células de tumores malignos pueden invadir los tejidos cercanos. También pueden separarse y extenderse a otras partes del cuerpo.

Los niños pueden tener cáncer en las mismas partes del cuerpo que los adultos, pero hay diferencias. El cáncer infantil puede ocurrir repentinamente, sin síntomas tempranos, y tiene una alta tasa de curación.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en radioterapia ante los pacientes con cáncer infantil.

3 Metodología

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

4 Resultados

La radioterapia es un tratamiento que se utiliza para muchos tipos de cáncer infantil.

Esta terapia utiliza haces de radiación, que pueden ser rayos X o protones, para reducir los tumores y eliminar las células cancerosas. La radiación daña el ADN dentro de las células cancerosas.

El oncólogo radioterapeuta es el médico a cargo de la radioterapia. El oncólogo radioterapeuta trabaja con el equipo de radioterapia para desarrollar un plan de tratamiento para el caso de cada niño. La radiación puede ser el único tratamiento.

En otros casos, el plan de tratamiento puede combinar la radioterapia con otros tratamientos, como la cirugía y la quimioterapia.

Los tumores pediátricos son, en general, indiferenciados y con un índice de duplicación rápido, lo que hace que respondan bien a los tratamientos sistémicos. El tratamiento radioterápico en tumores pediátricos conlleva dificultades en la inmovilización del infante y la decisión de utilizar anestesia tanto en simulación, como a la hora de llevar a cabo el tratamiento diario.

Tanto en los adultos como en pediatría los tumores serán más radiosensibles cuanto mayor sea su grado de indiferenciación y duplicación y viceversa, cuanto mayor sea el grado de diferenciación mayor será su radioresistencia.

Los cuidados paliativos en niños, al igual que ocurre con los adultos, exigen un manejo multidisciplinar en el que especialistas de distintas áreas deben ofrecer alternativas terapéuticas, no solo para controlar el dolor sino también otros síntomas asociados a la enfermedad. En este contexto de control de síntomas, la

radioterapia puede ser muy eficaz como tratamiento local cuando se pretende tratar la sintomatología producida por metástasis óseas o viscerales, o por efecto directo de la masa tumoral. Las situaciones paliativas en las que se puede considerar la radioterapia, son las recidivas tumorales locales, las metástasis a distancia y las urgencias oncológicas.

5 Discusión-Conclusión

La necesidad de incorporar la irradiación en protocolos de tratamiento con intención radical, obteniendo una mejoría en el control local y la supervivencia, debe llevar a reflexionar sobre la utilidad de la radioterapia en los infantes, debido a los inconvenientes que esta presenta.

Dentro de los cuidados paliativos el tratamiento radioterápico es adecuado con las indicaciones precisas, de manera individualizada. Hay pocos estudios y series pediátricas que hagan referencia al tratamiento paliativo, pero si datos suficientes para afirmar que la radioterapia es eficaz en metástasis sintomáticas ofreciendo resultados en control de síntomas y calidad de vida.

Los avances en oncología radioterápica aumentan el índice de control locorre-gional, optimizando la dosis administrada a los tejidos sanos circundantes, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes en el futuro.

6 Bibliografía

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

Capítulo 371

DETECCIÓN DEL ESTREPTOCOCO AGALACTIAE EN EMBARAZADAS

LUCÍA PINTADO DEL RÍO

1 Introducción

La bacteria EGB (Estreptococo del grupo B) también conocido como *Estreptococo agalactiae*, se encuentra en personas sanas en el tracto gastrointestinal y genital. Son bacterias que generalmente no provocan ninguna infección, pero en embarazadas hay que tener un control ya que en ocasiones afecta gravemente tanto al recién nacido como a la madre.

Las mujeres embarazadas pueden transmitir la infección a sus bebés durante el parto vaginal, por lo que aumenta el riesgo de infecciones graves en los recién nacidos como la sepsis, neumonía y la meningitis. Es importante prevenirla, por ello se realiza un control a la gestante cuando cumple la semana 35-37.

Normalmente el tipo de prueba que se realiza a la mujer embarazada para su detección es la muestra del tracto vaginal/anal y de orina. Si se necesitase una muestra del recién nacido se realizaría un análisis de sangre o una punción lumbar.

Si durante el embarazo tiene EGB positivo, no se administra ningún antibiótico ya que sería indiferente ya que la bacteria aparece rápidamente incluso después de haber erradicado su infección. Durante el parto se administra antibiótico por vía venosa al ser lo más efectivo, aunque si el parto es por cesárea, no sería necesario ya que la bacteria se encuentra en el tracto vaginal. El bebé infectado se tratará con antibióticos.

2 Objetivos

- Identificar el estreptococo agalactiae en una muestra de mujer embarazada en la prueba de hisopo y orina
- Exponer el papel que cumple el técnico de laboratorio en la completa realización de la prueba y todo lo que conlleva el proceso

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 Medline Plus y CDC, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La identificación del estreptococo del grupo B se puede realizar mediante dos muestras, una es recogida en el tracto vaginal y el recto o también se puede identificar mediante muestra de orina

A continuación se explica cómo se realiza la identificación a partir de una muestra vaginal.

El primer paso es la toma de la muestra con un hisopo que se deposita en un tubo con medio. Partimos de una muestra madre que sería la muestra vaginal y se hace un pase al medio Tood Hewitt, que es un medio enriquecido para la detección de estreptococos del grupo A y B. Se incuba durante 24 horas a una temperatura de 36 grados. Cuando ha pasado el tiempo necesario, se debe realizar una observación del medio, si se aprecia turbidez puede que haya crecimiento, sino, puede que lo haya pero no se puede ver de manera macroscópica.

No podemos basarnos solo en la identificación macroscópica ya que puede que el estreptococo esté en el medio y no se aprecie en el medio Tood, así que para ello se hace un pase al agar granada, que es un medio selectivo y diferencial único para la identificación del agalactiae; se siembra por agotamiento y se incuba durante 48 horas a una temperatura de 36 grados. Tras el periodo de incubación se hace una lectura y si las colonias crecen en un color naranja sería positivo, y si no crecen colonias o son transparentes sería negativo.

Además de la siembra en el medio granada, se haría una identificación mediante PCR, se prepara la muestra con 50µL del preparado y 50µL de la muestra que proviene del Tood. Antes de depositar la muestra conjunta en los pocillos del

disco de la PCR, se deben homogeneizar los dos componentes. Esta prueba tarda alrededor de una hora, y muestra con seguridad los positivos y negativos. Si la muestra es urgente, se realiza la PCR directamente al llegar al laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

La infección causada por el estreptococo agalactiae es un factor de riesgo significativo tanto para las gestantes como para el recién nacido, por ello es importante realizar un seguimiento, para la detección temprana y prevenir las futuras complicaciones durante el parto y garantizar la salud de la madre y el neonato. Las pruebas de detección durante el embarazo permiten identificar a las mujeres portadoras de esta bacteria, y el uso de antibióticos durante el parto es una medida efectiva para prevenir la transmisión al bebé. La atención prenatal y la colaboración entre la paciente y el equipo médico son esenciales para tratar de manera efectiva el riesgo asociado con el estreptococo B en el embarazo y asegurar un parto seguro y saludable.

6 Bibliografía

- 1- Estreptococo Agalactiae [Internet] [Citado 24 sep. 23]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/estreptococo-agalactiae>
- 2- Prueba de estreptococos del grupo B [Internet] [Citado 24 sep. 23]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-estreptococos-del-grupo-b/>
- 3- Estreptococo del grupo B [Internet] [Citado 24 sep. 23]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/groupbstrep/about/causes-transmission-sp.html>

Capítulo 372

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL: UNIDAD DE CITACIONES

CRISTINA GOMEZ SOGUERO

JUAN CALONGE MOLERO

ANA MARIA LIGERO MINGUEZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

1 Introducción

El servicio de Admisión en sentido amplio se encarga de posibilitar el acceso a los usuarios a los recursos sanitarios, programar la actividad, y hacer una evaluación de los procesos asistenciales en busca de la mayor efectividad y eficiencia. Sus áreas de actuación son la hospitalización, la atención ambulatoria y las urgencias. Uno de los servicios o unidades de Admisión es el servicio de citaciones de un hospital, que es la unidad que gestiona y programa el acceso a la atención especializada de forma ambulatoria. Entre las actividades que desarrolla se encuentran:

- Las consultas externas de las diferentes especialidades médicas.

-Pruebas o procedimientos diagnósticos tales como radiografías, ecocardiogramas, electromiogramas, colonoscopias, gastroscopias etc.

-Procedimientos terapéuticos.

La unidad de citaciones desarrolla su trabajo principalmente en las consultas externas del hospital, donde los auxiliares administrativos se encargan de citar todas las especialidades médicas, pruebas diagnósticas, confirmar citas etc. El paciente entregará el volante del especialista y el auxiliar administrativo, previa comprobación de los datos del paciente le proporcionará la cita solicitada por el médico especialista.

En el presente capítulo vamos a enumerar las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de citaciones en el ámbito hospitalario y su importancia para el funcionamiento del resto de servicios hospitalarios y unidades asistenciales.

2 Objetivos

-Listar las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de citaciones.

-Destacar la importancia de dicho servicio para el resto de las unidades asistenciales del hospital.

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”, “consultas externas”, “unidad de citaciones”, 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 o unidad de citaciones de un hospital abarca todas las consultas externas existentes en el mismo. Durante el desarrollo de la actividad asistencial, las diferentes consultas generan multitud de pruebas que deben ser citadas en tiempo y forma. La gestión de esta actividad estará supervisada por el Coordinador de Admisión, siendo el responsable último de este servicio.

Dentro de la unidad de citas trabajan numerosos auxiliares administrativos, que se encargan de realizar múltiples tareas.

Las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo en la unidad de citas son las siguientes:

- Citar todas las pruebas solicitadas por los facultativos de las diferentes especialidades.
- Atender las llamadas telefónicas.
- Indicar la ubicación de las diferentes consultas y las pruebas.
- Entregar al paciente que va a ser sometido a una intervención los volantes de las pruebas necesaria y la cita con la consulta de anestesia, e indicarle donde se realizan las pruebas de los preoperatorios.
- Realizar la captura de actividad.
- Realizar la petición de las ambulancias de los pacientes que así lo requieran.
- Confirmar citas.
- Retrasar citas por motivos de causa mayor.
- Derivar a otros centros concertados determinadas pruebas o procedimientos quirúrgicos.
- Apertura o creación de las agendas necesarias,
- Solicitar al archivo las historias clínicas.

Dentro de la unidad de citaciones podemos distinguir los auxiliares que trabajan en atención al público cuya tarea requiere capacidad comunicativa a la vez que tolerancia y paciencia, y los que están en despachos a puerta cerrada que realizan una actividad relacionada con la apertura y modificación de agendas.

Como podemos observar el servicio de citaciones vertebró todo el sistema asistencial del hospital pues se trata de agilizar y reducir los tiempos de espera para acceder a un especialista, mejorando así la calidad de la atención prestada.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de citaciones integra la actividad asistencial con la administrativa, siendo ambas complementarias y dependientes una de la otra.

Dentro de este servicio el auxiliar administrativo deberá conocer los protocolos de trabajo y las peculiaridades de las diferentes especialidades médicas y sus procedimientos. La primera consulta de un especialista será citada por el auxiliar administrativo, sin embargo, las consultas de revisión serán citada por la enfermera de la especialidad correspondiente, que también será la encargada de realizar los justificantes de asistencia de pacientes y acompañantes.

Como podemos observar la labor de auxiliar administrativo de citas es de gran importancia para la gestión asistencial de los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://congresosicepa.com/administrativo-consultas-externas/>
2. <https://nordoc.net/wp-content/uploads/2016/01/Gui%C3%A1-de-Gestio%C3%81n-de-Consultas-Externas-en-Atencio%C3%81n-Especializada.pdf>

Capítulo 373

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SECRETARÍA DE PLANTA

CRISTINA GOMEZ SOGUERO

JUAN CALONGE MOLERO

ANA MARIA LIGERO MINGUEZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

1 Introducción

La organización del Sistema Nacional de Salud viene dada por los principios rectores del mismo. En universal y solidario por lo que necesita garantizar la igualdad de acceso a sus servicios para toda la población. Además, al estar financiado por fondos públicos es necesario establecer criterios de eficacia y eficiencia.

Para cumplir los objetivos descritos el Sistema Nacional de Salud se organiza en dos niveles asistenciales cuya complejidad y especialización se encuentran en relación inversa.

El primer nivel asistencial denominado Atención Primaria es accesible al ciudadano y presta una atención integral y continuada de los problemas cotidianos o frecuentes de salud.

El segundo nivel asistencial denominado Atención Especializada que presta atención de todas las especialidades médicas y quirúrgicas, con medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y más costosos. A este nivel llegan los pacientes derivados por el médico de familia.

La Atención Primaria ofrece a la población una atención cercana desarrollada por un equipo multidisciplinar y cuyo centro neurálgico son los Centros de Salud y Consultorios.

La Atención Especializada se presta en los Centros de Especialidades y Hospitales por los especialistas, y una vez resuelto el problema de salud el paciente retorna junto con su historial al ámbito de la Atención Primaria.

En este capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en la secretaría de planta. En todos los hospitales tenemos diversas plantas de hospitalización de diferentes especialidades donde existe una secretaría de planta que gestiona todo lo relacionado con el ingreso hospitalario del paciente.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de la atención especializada y sus regímenes de atención.
- Listar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en la secretaría de planta 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”, “hospitalización”, “secretaría de planta”, 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 existen dos niveles asistenciales cuyas funciones están totalmente definidas en el Sistema Nacional de Salud, en el presente capítulo vamos a ver como se estructura la Atención Especializada y dentro de ésta la atención en régimen de internamiento, ámbito donde desarrolla su trabajo la secretaria/o de planta de hospitalización.

Un paciente puede acudir a un hospital por múltiples motivos:

- Consulta con un especialista.
- Realización de una prueba diagnósticas.
- Atención en el servicio de urgencias.
- Para recibir alguna terapia.
- Para la realización de alguna técnica quirúrgica ambulatoria.
- Servicio de farmacia para pacientes externos.
- Hospital de día.
- Ingreso hospitalario.

Cuando un paciente llega al hospital para un ingreso hospitalario, tras realizarse su proceso de admisión será trasladado a la planta correspondiente, donde será atendido por un equipo multidisciplinar durante todo su proceso asistencial. Entre estos profesionales se encuentra el auxiliar administrativo que presta sus servicios en la secretaría de planta de hospitalización.

En todas las plantas de hospitalización existirá una secretaría que se encargará de atender a pacientes, familiares y acompañantes durante el ingreso, resolviendo dudas, ofreciendo información, y gestionando todo lo relacionado con el proceso asistencial de paciente.

Entre las funciones que realiza el auxiliar administrativo se encuentran las siguientes:

- Transcribirá los informes médicos que le soliciten los facultativos.
- Comprobará que se encuentran en planta todas las historias de los pacientes ingresados, y procederá a comprobar que no falta ninguna carpeta y éstas correctamente colocadas.
- Citará las consultas de revisión o pruebas que prescriba el especialista al alta médica.
- Realizará los justificantes de ingreso que le sean solicitados.
- Gestionará las ambulancias de regreso al domicilio.
- Realizará los cuadrantes de las guardias de los facultativos.
- Solicitará al archivo las historias clínicas.
- Atenderá las llamadas telefónicas.

En definitiva, el auxiliar administrativo que trabaja en la secretaría de planta se encargará de dar cobertura administrativa al paciente, acompañantes y familiares durante su estancia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto podemos resumir diciendo que la secretaría de planta se encarga de realizar todas las tareas administrativas relacionadas con los pacientes ingresados.

El auxiliar administrativo de este servicio deberá conocer perfectamente todos los programas informáticos de la institución, así como mostrar una actitud agradable con el usuario, facilitando en todo momento su estancia en el servicio.

En esta unidad de hospitalización, trabajan coordinadamente médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, auxiliares administrativos, celadores etc. que deben estar en continua comunicación para resolver cualquier contratiempo que pueda surgir y optimizar la calidad, eficacia y eficiencia de la atención prestada al paciente.

6 Bibliografía

1. https://www.cede.es/PDF/Procesos_Diagnosticos_Clinicos_Productos_Ortoprotesicos/temario_pdco.pdf
2. <https://revistamedica.com/actuacion-auxiliar-administrativo-sanidad-secretaria-planta-hospital/>

Capítulo 374

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE TRASLADOS DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

CRISTINA GOMEZ SOGUERO

JUAN CALONGE MOLERO

ANA MARIA LIGERO MINGUEZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

1 Introducción

Dentro del ámbito hospitalario se gestionan diariamente multitud de ingresos, consultas con especialistas, atención de urgencias, realización de pruebas, tratamientos en hospital de día, etc. toda esta actividad produce en numerosas ocasiones la necesidad de trasladar a pacientes a otros centros o instituciones sanitarios que dispongan de los servicios que en ese momento requiere el enfermo. Cuando las necesidades de tratamiento de un paciente superan las posibilidades de un centro sanitario, éste deberá ser trasladado a otra institución donde pueda ser tratado. Este proceso entre otros es gestionado por la unidad de traslados del hospital, servicio donde trabajan diversos auxiliares administrativos bajo la dirección del Coordinador de Admisión.

La unidad de traslados realiza diversas tareas, todas ellas relacionadas con la asistencia médica del paciente, los auxiliares administrativos de este servicio están en contacto permanente con los facultativos especialistas que solicitarán traslados de pacientes, pruebas médicas, estudios genéticos, terapias de tratamiento etc. Todos estos servicios se gestionarán a través de procedimientos administrativos que serán supervisados por el auxiliar administrativo, verificando su correcta realización.

En el presente capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza del auxiliar administrativo en el servicio o unidad de traslados en el ámbito hospitalario, así como la estructura del mismo.

2 Objetivos

- Exponer la estructura del servicio o unidad de traslados en el ámbito hospitalario.
- Listar las funciones del auxiliar administrativo en dicho servicio.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “auxiliar administrativo”, “traslado”, “unidad de traslados”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

La unidad de traslados se encarga de la gestión de las propuestas de traslado de pacientes a otros Centros Sanitarios, ya sean dentro de la Comunidad Autónoma

o en otro Servicio de Salud.

También tiene como función gestionar las peticiones de determinados tratamientos o pruebas como son:

- Logopedia.

- Tratamientos de fertilidad.

- Gestión de procesos de interrupción del embarazo.

- Solicitud de realización de pruebas o tratamientos a otros hospitales, tanto dentro como fuera de la Comunidad Autónoma.

Para la gestión de todos estos servicios el auxiliar administrativo deberá trabajar coordinadamente con los especialistas médicos para la solicitud de documentación, informes, formularios etc.

A continuación, vamos a listar las funciones que realiza el auxiliar administrativo de la unidad de traslados:

- Una vez el facultativo correspondiente solicite la derivación de un paciente a otro centro sanitario de la misma Comunidad Autónoma, el auxiliar administrativo será el encargado de reunir toda la documentación y cumplimentar la orden de asistencia (GOA) a través de un programa informático concreto. Seguirá todo el proceso hasta su resolución.

- También se encargará de gestionar la derivación de pacientes o centros sanitarios fuera de la Comunidad Autónoma, que se gestionará a través del Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO). Como en el caso anterior el auxiliar administrativo recabará toda la documentación y permisos necesarios y realizará un seguimiento hasta su resolución.

- Gestionará la solicitud de cita médica para consultas externa a otros Centros Sanitarios fuera del área de salud.

- También prestará el asesoramiento e información que sea demandada por los pacientes.

- Recogerá la documentación de las interrupciones de embarazo y gestionará todo el proceso.

- Tramitará los procesos de derivación a clínicas de fertilidad.

- Gestionará los tratamientos de logopedia.

Como vemos las funciones de auxiliar administrativo en este servicio son de gran importancia para la asistencia del paciente, deberá actuar con profesionalidad y eficacia.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo desarrollado en el servicio o unidad de traslados por el auxiliar administrativo requiere un conocimiento profundo de todos los protocolos y procedimientos de trabajo. Sus funciones en este servicio son de vital importancia para la correcta atención al paciente, y requieren un manejo de aplicaciones informáticas complejas para realizar los procedimientos de derivación como son las órdenes de asistencia GOA y los denominados SIFCO.

También deberá contar con capacidades de comunicación, tolerancia, empatía etc. pues tiene un contacto directo con pacientes y familiares, en situaciones delicadas por el estado de salud y nerviosismo de los usuarios de estos servicios.

6 Bibliografía

1. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/docs/DerivacionERN.pdf>
2. <https://www.gestion-sanitaria.com/2-sistema-sanitario-espanol.html>

Capítulo 375

ÁREA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y FUNCIONES DEL CELADOR EN ELLA

AMALIA CARRETERO MARUGAN

MARÍA PILAR REQUENA SÁNCHEZ

MARIA DE LO ALTO MORENO QUESADA

LAURA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La anatomía patológica es la ciencia que examina sobre las bases morfológicas de las diferentes enfermedades. El área de anatomía patológica lleva el mismo tiempo activa que la medicina, ya que en anatomía patológica lo que se realiza es estudio directo sobre el órgano enfermo. Xavier Bichat fue la persona que creo la Anatomía Patológica como ciencia, murió muy joven con la edad de 32 años, se sospecha que fue debido a una infección que hubiera obtenido al realizar una autopsia de una necrosis a un cadáver. Podemos decir que la anatomía patológica y la ciencia crecieron a la par en cuanto a investigación hablamos y hacia los siglos 16 y 17, se asentaron hasta hoy en día, que es lo que conocemos. Hacia el año 1958 se creó la sociedad española de anatomía patológica, sobre la década más o menos de los 60 se establece la especialidad en los distintos centros hospitalarios de la seguridad social. La formación sobre la anatomía patológica ha avanzado con el paso de los tiempos y han ido incorporando distintas técnicas, una de

ellas es por ejemplo el microscopio. Pero uno de los más importantes es el de las técnicas moleculares, ya que gracias a él podemos realizar diferentes estudios para así saber un poco más sobre las diferentes patologías del cáncer.

2 Objetivos

Profundizar en el conocimiento sobre las diferentes tareas que realizan los celadores en anatomía patológica en su día a día.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos, donde hemos obtenido información sobre las tareas del celador en el área de anatomía patológica.

4 Resultados

En este capítulo vamos a ver las funciones que tienen que realizar en su día a día los celadores en la sección de anatomía patológica, las cuales son importantes y suponen una gran ayuda al personal de dicha área. Podemos describir las funciones de la siguiente manera:

Las funciones de los celadores se dividen en tres partes diferentes, pero a la vez muy importantes. La primera parte son las funciones antes de la autopsia. El celador deberá quitar el cadáver de la cámara frigorífica, luego se ejecutará el traslado del cadáver, siempre deben ir debidamente identificados con su nombre y apellidos, en un lugar que sea totalmente visible y además se encuentre en el cuerpo del fallecido. el celador del área de anatomía patológica tiene como una de las principales labores la de estructurar el cadáver en la mesa de autopsias. este será el encargado de desamortajarlo y posicionarlo en la correcta postura, una vez se encuentre encima de la mesa de autopsias.

La segunda fase importante son las labores que se van realizan durante la autopsia. El celador de esta área, tendrá una de las labores más importantes, prestará su ayudar a los profesionales titulados a la efectuación de todas aquellas prácticas que no implica en ningún momento la utilidad del instrumental sobre el

cadáver. Atenderá a la realización de los movimientos que le sean manifestados por el médico forense, en aquellas prácticas con los distintos instrumentos que no estén definidos para una persona fallecida, son indispensables para la realización de la autopsia. Los órganos del cadáver son pesados por el celador del área de anatomía patológica, el celador será el único responsable de registrar el peso y además de introducirlos en los diferentes cubos herméticos que le señale el médico forense. Al celador de esta área se le confiará el completar al cadáver con papel, una vez que se le haya practicado la autopsia y se le haya vaciado los órganos.

La tercera parte más importante de la autopsia.

El celador de esta área se cuidará de asear y restaurar el cadáver para que este quede bien y además también para que pueda llevar a cabo el amortajamiento, siempre y cuando se le haya realizado la autopsia deberá limpiar la sala, la mesa y el instrumental utilizado en la autopsia. Trasladarán las diferentes muestras que se hayan reunido en la autopsia y las transportarán al servicio de anatomía patológica. Tendrán la obligación de distribuir los diferentes resultados de las biopsias y las demás pruebas que se le hayan efectuado al cadáver por las distintas áreas del centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, podemos afirmar que las tareas y el rol del celador en el área de anatomía patológica son prácticamente o parecidas a las diferentes labores de auxiliar de enfermería, tal como hemos visto en el anterior apartado de resultados del presente capítulo ya que debe obedecer constantemente y en todo momento las instrucciones que le pueda dar el médico forense o sus diferentes superiores. El celador tiene que cumplir a la perfección la norma de no utilizar ninguno de los diferentes instrumentos sobre el cuerpo sin vida del enfermo. Y para concluir esta publicación cabe destacar que en esta área hay que tratar el cuerpo sin vida de enfermo con mucho respeto, educación y con la necesidad que en ese momento se necesita.

Como hemos descrito en este capítulo las funciones vistas anteriormente son superimportantes en el área de anatomía patológica.

6 Bibliografía

1. Hospitales, H. M. (s/f). PGCatalogItemEspecialidad. Recuperado el 27 de mayo de 2022, de <https://www.hmhospitales.com/servicios-al-paciente/especialidades/especialidades/hemodinamica>.
2. Ortega, S. R. L. (s/f). Auxiliar de Enfermería - TCAE - Protocolos, Diccionario y Test Online. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de <http://www.auxiliarenfermeria.com>.
3. (S/f). Eldiario.es. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de https://www.eldiario.es/castilla-la-mancha/celadores-profesion-riesgo-primeralinea-contacto-directo-pacientes_1_6228568.html

Capítulo 376

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE TOCOGINECOLOGÍA

AMALIA CARRETERO MARUGAN

MARÍA PILAR REQUENA SÁNCHEZ

MARIA DE LO ALTO MORENO QUESADA

LAURA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La unidad destinada exclusivamente a la mujer de todo el hospital es toda la sección de tocoginecología. Por contradictorio que parezca el principio de la vida y el final de la misma se separan en unos pocos metros, siendo la cara y la cruz de la medicina con emociones muy contradictorias. También contempla los problemas que puede llevar la mujer a lo largo de su vida. Desde que aparece la primera regla y siempre que la causa sea relacionado con esta especialidad se podrá atender a la paciente. Las estadísticas indican que la mayoría de las pacientes en un tanto por ciento muy elevado acuden por temas relacionados con el embarazo, ya que durante la gestación puede haber complicaciones. Actualmente la mujer gestante en la mayoría de los casos alcanza una edad casi dentro de la madurez, esto da lugar, sumado a los grandes avances médicos, a que el bebé y su mamá tengan los controles necesarios que garanticen un final muy feliz.

La figura del celador es extremadamente importante en esta área por toda la ayuda que brinda a los profesionales sanitarios en este ámbito, además de todo el transporte de materiales quirúrgicos que realiza y la limpieza de esta área, y el transporte de la paciente.

2 Objetivos

Definir las funciones específicas que del celador desempeña para obtener un trabajo adecuado en el área de tocoginecología de los hospitales.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión bibliográfica con artículos relacionados en diferentes bases de datos como “revista médica”, “mujer”, “embarazo”. También se han consultado guías clínicas relacionadas con la materia a estudiar. Tras llevar a cabo la búsqueda se han seleccionado los artículos que más se ajustaban a la información y descripciones establecidas.

4 Resultados

Las funciones del Celador/a en tocoginecología son diversas:

- Traslado de la embarazada al paritorio cuando se le avise de dicha necesidad. El traslado se realiza normalmente en la cama de la paciente o en silla, aunque algunas prefieren ir a pie, aunque son las mínimas, asegurándonos de llevar con nosotros su historia clínica. Debido a que son momentos de tensión y nerviosismo, dicho traslado debe de realizarse con prontitud aprovechando el trayecto para intentar tranquilizarla.
- Traslado de documentación diversa, como historias clínicas, solicitudes de pruebas diagnósticas, etc.
- Traslado de muestras (orina, sangre, heces, etc.) a laboratorio.
- Traslado de mobiliario y aparatos, que pueda precisarse en esta unidad.
- Control del horario de visitas y del cumplimiento de las normas de la unidad.
- Pondrá en conocimiento de sus superiores los desperfectos o anomalías que pudiera detectar en la unidad, y tratará de solucionarlos lo antes posible.

- Traslado de farmacia pesada, como cajas de sueros, que entregará al personal sanitario auxiliar de maternidad.
- Realizará aquellas tareas que le demande el personal sanitario y que estén dentro de su competencia.

La entrada siempre pasa por la zona de admisiones de urgencias, siendo el celador la primera persona en recibir y asistir a la paciente.

Una vez la embarazada comunica sus datos al servicio de admisión, el Celador ofrecerá una silla de ruedas a la parturienta y la trasladará al servicio de ginecología para que la exploren. Una vez explorada, si consideran necesario el ingreso de la paciente, el Celador la trasladará a la planta correspondiente en silla de ruedas o en cama, dependiendo de su situación. Si no hace falta ingresarla, pero si hacerle alguna prueba, el Celador la trasladará donde proceda.

Entre las funciones del Celador en el paritorio, la más importante es la de introducir y sacar a la paciente del área de partos.

Ayudará al personal de enfermería en la colocación y asistencia necesaria.

Terminado el proceso de parto, el Celador/a será requerido para pasar a la madre de la mesa de partos a la cama, y su posterior traslado al box (de reanimación), donde permanecerá el tiempo que el personal estime necesario, siendo muy cuidadosos y evitando movimientos bruscos.

Si fuera necesaria una cesárea el bebé se llevará a Neo hasta que la mamá despierte y con la ayuda necesaria del personal de enfermería se pueda ocupar de su bebé.

En otras ocasiones la situación se puede complicar teniendo que tomar medidas más reforzadas y complejas. El celador/a estará a disposición para asistir, traer. Llevar... Todo lo necesario para médicos, enfermeras, auxiliares, etc.

También podemos contemplar en esta especialidad los problemas específicos de la mujer, asistiendo a todas las mujeres de diversas edades siempre relacionadas con la ginecología. En la actualidad el número de mujeres son superiores al de hombres en la categoría de celador/a, y esto ayuda mucho a las pacientes sobre todo en esta especialidad por la empatía compartiendo experiencias al mismo nivel.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y como resumen en este capítulo y sobre todo en el apartado de resultados hemos hablado y mostrado claramente la gran cantidad de funciones que realiza el celador, aun siendo no personal no sanitario en el área de ginecología, hemos visto su importancia en esta área en cuanto al apartado de traslado de pacientes en el paritorio, transporte de historiales clínicos, muestras, mobiliario, aparatos, traslado de farmacia pesada etc., además hemos visto diversas funciones del celador antes del parto, durante el parto y posteriormente tras el parto.

En conclusión vemos como el papel del celador en el área tocoginecológica es muy importante y junto al personal sanitario vemos como influyen en que todo salga correctamente.

6 Bibliografía

1. Orden Ministerial del 5 de julio de 1971, del Estatuto del Personal No Sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.
2. Del Castillo Torres, L.: “Celadores de las instituciones sanitarias del Insalud”.
3. <https://revistamedica.com/celador-paciente-embarazada/>.

Capítulo 377

PAPEL DEL CELADOR EN LOS PACIENTES CON ALZHEIMER

AMALIA CARRETERO MARUGAN

MARÍA PILAR REQUENA SÁNCHEZ

MARIA DE LO ALTO MORENO QUESADA

LAURA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El Alzheimer es la enfermedad que provoca demencia de manera más habitual en las personas de edad avanzada. Es un proceso en sus comienzos muy lento:

En un principio afecta a la parte del cerebro que controla el habla y la memoria además del pensamiento. Gradualmente las afectaciones provocadas por el Alzheimer empeoran y las personas pueden llegar a dejar de conocer a sus familiares más cercanos. Algunos síntomas son los siguientes:

- El principal problema es la pérdida de memoria a corto y a largo plazo.
- Cambios en la personalidad (depresión, apatía, ansiedad e irritabilidad).
- Problemas para orientarse y prestar atención.
- Descenso en el nivel de energía.
- Problemas para realizar las actividades de la vida diaria o AVD.
- Problemas con el lenguaje (habla y escritura).

- Deterioro capacidades motoras (caminar, subir y bajar escaleras...).

En las tareas donde no entren en juego los tratamientos farmacológicos es donde cobra principal importancia la labor del celador.

Las personas que sufren de Alzheimer habitualmente suelen tener problemas para ponerse y quitarse la ropa y termina siendo una actividad muy costosa para ellos. Por lo tanto, es altamente recomendable el uso de ropa que no tengan botones (el velcro es la mejor alternativa), usar pantalones con cinta ajustable para no utilizar cinturones. En resumen, utilizar ropa que se pueda quitar y poner de manera lo más sencilla posible y sin complicaciones.

En grados avanzados de la enfermedad, también se reduce altamente la capacidad de movimiento de los pacientes y ahí es donde cobra vital importancia la labor del celador.

2 Objetivos

- Describir el protocolo utilizado por el personal celador para el cuidado de estos pacientes con Alzheimer.
- Demostrar la importancia del papel del celador en esta enfermedad.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con la búsqueda de artículos y libros publicados en bases de datos científicas y motores de búsqueda como Google académico, de donde hemos obtenido información acerca del Alzheimer y los cuidados del celador a este paciente.

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, es muy importante llevar a cabo por parte del personal celador el protocolo de cuidado de los pacientes con Alzheimer, para disminuir el malestar de este tipo de pacientes, además con la realización de este protocolo de cuidados, teniendo en cuenta que la estancia de los pacientes con Alzheimer es más larga de lo normal, los celadores conseguiremos que la estancia de estos pacientes sea lo más relajada posible y además conseguiremos una comunicación fluida con estos pacientes de forma verbal y no verbal con ellos.

La figura del celador es muy importante, tal como hemos visto en el cuidado en los pacientes con Alzheimer.

6 Bibliografía

1. LM Pina, S García , MJ García, CR Illán, MC Álvarez y M Martínez: Intervenciones enfermeras dirigidas a los pacientes de Alzheimer y a sus cuidadores: una revisión bibliográfica.
2. C Nieto Morales, L Nieto Cabrera y MM Jiménez Peñas: Reflexiones sobre los efectos del trabajo con personas mayores en el personal sanitario.

Capítulo 378

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO, FUNCIONES Y COMPETENCIAS

ANA CRISTINA GALLEGO CASTILLO

BEATRIZ ESTEBAN SIERRA

MARÍA ISABEL LEO MOLERO

LUIS FERNANDO HERVAS RICO

CAROLINA HURTADO GARCIA

1 Introducción

En el siglo pasado, cuando la medicina moderna estaba dando aún sus primeros pasos, aconteció el hito histórico del desarrollo de las pruebas de imagen que utilizaban radiación para funcionar, se perfeccionaron las técnicas radiológicas, apareciendo todo tipo de pruebas de imagen que utilizaban este tipo de radiación, urografías intravenosas, tomografía axial computerizada, radiología simple, etc., y posteriormente el desarrollo de la resonancia magnética permitió seguir evolucionando en el campo de las prueba de imagen.

Además de las pruebas de imagen, hoy en día el facultativo dispone de un amplio abanico de pruebas bioquímicas, cultivos, biopsias, paneles genéticos, los cuales aportan una información muy valiosa sobre la patología del paciente. Cada día multitud de equipos de investigación trabajan en laboratorios para el desarrollo

de nuevas vacuna, paneles genéticos, test de antígenos de detección rápida de multitud de enfermedades infecciosas, etc.

En la práctica clínica diaria se utilizan de forma continua estas pruebas, tanto en consultas externas, como en la planta de hospitalización, o en el centro de salud. Se recogen diariamente biopsias, muestras para cultivo, análisis de sangre, etc. Todas estas muestras biológicas han de ser procesadas y analizadas en el laboratorio. Por todo ello, el servicio de laboratorio del hospital es esencial y permite el desarrollo de la actividad sanitaria, prestando sus servicios a la totalidad de especialidades médicas.

En este trabajo se tratarán las funciones que el celador realiza en el laboratorio

2 Objetivos

- Explicar brevemente las funciones del celador en el laboratorio.
- Poner en valor del trabajo que realiza el celador en esta unidad, necesario para el correcto funcionamiento del laboratorio.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “laboratorio”, “investigación”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

El laboratorio es el área del hospital que cuenta con la maquinaria y equipamiento necesario para la preparación, procesamiento, análisis y observación de muestras biológicas, análisis de fluidos, observación de muestras, realización de cultivos, etc. Cuenta con multitud de aparatos como lo son frigoríficos, microscopios, congeladores, etc. El laboratorio posee las medidas de aislamiento y protección adecuadas, un sistema de ventilación especial, dispositivos como el autoclave para llevar a cabo la esterilización de material, que hacen del mismo un entorno seguro si se cuenta con la formación adecuada.

En el presente texto, se explicarán ordenadamente las funciones que el celador lleva a cabo en el laboratorio.

No hay que olvidar que en un laboratorio se trabaja con muestras que entrañan peligros biológicos, las cuales han de ser manejadas de acuerdo con los protocolos de seguridad para evitar accidentes. Todo el personal, incluido el celador, que trabaje en el laboratorio deberá conocer los protocolos de seguridad, actuación en caso de accidente y emergencias, así como la vestimenta adecuada y medidas de protección que son necesarias en el laboratorio.

Sobre la figura del celador de laboratorio recaen multitud de funciones, una de las más importantes es el transporte de biopsias intraoperatorias al laboratorio de anatomía patológica, esta es una labor prioritaria y urgente que el labor realizara con prioridad sobre todas las demás.

El celador se encargará de transportar las muestras biológicas recogidas en los diferentes servicios y plantas de hospitalización y trasladarlas al laboratorio.

El celador será el encargado de dar los avisos a mantenimiento cuando observe algún desperfecto en las instalaciones o material, así como trasladar recados o comunicaciones a diferentes profesionales y servicios cuando así se le solicite.

Será el celador quien, al final del día, traslade las jaulas llenas de pijamas sucios a lavandería.

El celador velará por el orden en el laboratorio, evitando la entrada a todo personal no autorizado a los entornos del laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

El laboratorio es un lugar clave para el funcionamiento adecuado de la práctica clínica que se desarrolla a diario en las instituciones hospitalarias y los centros de salud. Si el laboratorio no funciona adecuadamente, la labor sanitaria se ve comprometida. En el laboratorio cobran especial relevancia las medidas se se-

guridad y protección, pues no es un lugar exento de riesgos, ya que se manejan allí muestras biológicas de pacientes que sufren enfermedades infecciosas de diversos tipo.

El celador, junto al resto de profesionales que trabajan en la unidad, presta su trabajo para que el laboratorio funcione adecuadamente contribuyendo así al desarrollo normal de la atención sanitaria.

6 Bibliografía

1. El celador de laboratorio - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 13, 2023, from <https://revistamedica.com/celador-de-laboratorio/>
2. Jesús, C. J., Linares, G., del Mar Molero, M., María, J., Carmen, D., África, P.-F., Martínez, M., Belén, A., Martín, B., del Mar, M., & Márquez, S. (n.d.). Actas del IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud Volumen II. Retrieved July 13, 2023, from <https://dioposiciones.com/wpcontent/uploads/2018/12/tema-4.3-ses.pdf>

Capítulo 379

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN LA PUERTA PRINCIPAL

ANA CRISTINA GALLEGO CASTILLO

BEATRIZ ESTEBAN SIERRA

MARÍA ISABEL LEO MOLERO

LUIS FERNANDO HERVAS RICO

CAROLINA HURTADO GARCIA

1 Introducción

En toda institución hospitalaria, debido al tamaño y la complejidad de las mismas, se hace necesario la existencia de un punto de información, en el que se atienda las dudas de los pacientes y se les oriente acerca de la localización de las consultas, diferentes servicios, pruebas, plantas etc.

Generalmente este punto de información se suele encontrar en la puerta principal y se encarga de atender las dudas de pacientes y familiares. Esta labor, es realizada por un celador, el cual deberá ser conocedor de las ubicaciones de todos los servicios y unidades de la institución sanitaria, de las plantas de hospitalización y las consultas externas, o donde deben acudir los pacientes para la realización de pruebas complementarias.

Frecuentemente, el primer contacto del paciente con el personal del hospital se realizará a través del celador de puerta principal, es por ello que el celador deberá ser amable, educado y respetuoso con los pacientes, así como poseer capacidades comunicativas adecuadas, y cualidades como la asertividad y la empatía, pues frecuentemente estos pacientes que acuden a la institución hospitalaria están atravesando un momento difícil o de sufrimiento.

En el presente texto se analizarán las tareas que recaen sobre la figura del celador en la puerta principal.

2 Objetivos

- Desarrollar brevemente las funciones del celador en la puerta principal.
- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en la puerta principal, necesario para su correcto funcionamiento.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “puerta principal”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

El celador de puerta principal pasará gran parte de su jornada en contacto con los usuarios de la institución hospitalaria, por ello es importante que se muestre

amable y cordial con los pacientes, que les hable en tono de voz adecuado y se muestre aseado y con buena presencia.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en la puerta principal.

El celador de la puerta principal vigilará la entrada en la institución hospitalaria, no dejándola nunca sin vigilancia, y se encargarán de procurar siempre el mayor silencio posible para mantener el orden en las dependencias de la institución.

Si el celador observara algún desperfecto en las instalaciones o el material de la puerta principal, deberá comunicarlo a sus superiores.

El celador deberá ayudar a los pacientes a recepcionarse, indicándoles dónde se encuentra la ubicación de las consultas externas plantas de hospitalización, lugares de realización de pruebas complementarias, o cualquier área o servicio del hospital al que el paciente deba acudir, y, si fuera necesario, el celador acompañará al paciente a dichos áreas del hospital.

El celador también se encargará de transportar a la planta a aquellos pacientes que ingresen, así como a otros servicios del hospital donde sea necesario que se trasladen.

Otra competencia del jugador consiste en repartir la correspondencia por las diferentes áreas o servicios del hospital.

El celador se encargará también de comunicar las órdenes verbales o recados al personal que corresponda.

El celador en ningún caso podrá revelar al paciente o familiares información clínica sobre su proceso asistencial, esto incluye diagnósticos, resultados de pruebas complementarias, datos de la historia clínica, etcétera, ya que el historial médico de los pacientes se encuentra bajo la ley de Protección de Datos.

El celador realizará también cualquier tipo de tareas similares a las anteriores que le sea asignada por sus superiores.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha desarrollado a lo largo del presente texto el celador de la puerta principal es frecuentemente el primer contacto que poseen los pacientes con los trabajadores de la institución sanitaria, por todo ello, el celador deberá causar una buena impresión, mostrarse con buena presencia y hablar a los pacientes de forma educada y respetuosa.

El celador de la puerta principal realiza tareas muy variadas y de diversa índole, hoy entre las que se encuentran proporcionar información a los pacientes, llevarlos a las diferentes áreas del hospital, transporte de correspondencia y recados

etcétera.

El celador de la puerta principal realiza una importante labor que contribuye a agilizar los procesos asistenciales, y, en resumen, al buen funcionamiento de la institución hospitalaria.

6 Bibliografía

1. La función del celador en la puerta principal - III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo.” (n.d.). from <https://congresosicepa.com/celador-puerta-funcion/>
2. Medidas referidas a la circulación de personas en los centros sanitarios, funciones del celador de puerta - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved from <https://revistamedica.com/funciones-celador-puerta/>

Capítulo 380

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

ANA CRISTINA GALLEGO CASTILLO

BEATRIZ ESTEBAN SIERRA

MARÍA ISABEL LEO MOLERO

LUIS FERNANDO HERVAS RICO

CAROLINA HURTADO GARCIA

1 Introducción

Conforme avanza la sociedad, la salud mental ha dejado de ser un tema tabú del cual no se puede hablar públicamente, para pasar a ser un tema que está de moda, del cual se habla en las noticias, y cuya importancia se repite diariamente en las redes sociales. Pero lo cierto es que, aunque esté de moda hablar de salud mental, como sociedad aún nos queda un largo camino con recorrer para tratar este tema de forma adecuada, y no caer en prejuicios, o ser cómplices de alargar el estigma que arrastran los pacientes del servicio de psiquiatría.

Estos pacientes frecuentemente ven añadido un sufrimiento extra además del provocado por su propia enfermedad: el estigma social que rodea las enfermedades psiquiátricas. Si bien en los últimos años se han producido multitud

de avances, aún existe un sector nada despreciable de la población, qué en lugar de ver a un paciente más con una patología, ven a alguien a quien ridiculizar, culpar de su propia enfermedad, o excluir de la sociedad; por todo ello se hace evidente que aún es necesaria mucha educación sobre salud mental y enfermedades psiquiátricas.

En el presente texto se analizará las funciones que cumple un celador en la planta de psiquiatría.

2 Objetivos

- Desarrollar brevemente las funciones del celador en el servicio de psiquiatría.
- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en psiquiatría, necesario para el correcto funcionamiento del servicio.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “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 una institución hospitalaria será conformado por diversas áreas o unidades específicas dependiendo del volumen de pacientes y el tamaño de la institución hospitalaria. Algunas de estas áreas son la unidad de corta estancia, en la que ingresan pacientes con patología agudizada generalmente por un periodo

de tiempo corto, la unidad de larga estancia, que alberga pacientes cuya enfermedad requiere de largos periodos de internamiento, hola unidades específicas, como la unidad de conductas adictivas, o la unidad de trastornos de la conducta alimentaria, etc.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

Es importante destacar que el celador que trabaje en la planta de psiquiatría estará en continuo contacto con los pacientes que se encuentran aquí internos, por lo que deberá dirigirse a ellos con amabilidad y respeto, utilizando un tono de voz adecuado, y mostrándose asertivo y empático.

El celador deberá transportar a los pacientes de la planta de psiquiatría a otras unidades o servicios de la institución hospitalaria cuando sea necesario.

El celador se encargará también de transportar toda la documentación necesaria para la identificación del paciente, como su historial clínico, documentos de consentimiento informado, informes de psiquiatría, etc.

Los celadores del servicio de psiquiatría ayudarán al personal sanitario en pequeñas tareas cuando así se le solicite, asistiendo por ejemplo en la inmovilización o contención de los pacientes cuando así les sea solicitado.

También es competencia del celador la recogida las jaulas llenas de ropa sucia al final del día y su transporte a lavandería.

Si fuera necesario trasladar una orden verbal o un recado, el celador la conducirá de forma eficiente al servicio o personal adecuado, así como el reparto de la correspondencia.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años se han producido grandes avances en el campo de la psiquiatría, hola pues han aparecido multitud de nuevos tratamientos y opciones terapéuticas para pacientes que hasta entonces veían su enfermedad como un problema sin solución. Si bien muchos de estos nuevos tratamientos no son curativos, permiten estabilizar la enfermedad del paciente y su completa integración y desempeño funcional en la sociedad.

El personal que trabaja en el servicio de psiquiatría deberá poseer una amplia formación, así como dirigirse a los pacientes de forma educada y respetuosa.

El celador del servicio de psiquiatría realiza su labor profesional contribuyendo así al buen funcionamiento de la unidad.

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 381

PREVENCIÓN DE CAÍDAS DESDE EL PUNTO DE VISTA SANITARIO Y NO SANITARIO

JAVIER AMAGO BOUSO

1 Introducción

Hay estilos de vida que favorecen la salud y otros que la empeoran. El estilo de vida saludable es aquel que tienen las personas cuyas acciones y forma de vivir potencian la salud y disfrutan de vivir de forma sana. Los servicios sanitarios son los encargados de prevenir y restaurar la salud desde punto de vista especializado. Las caídas son un problema hoy en día muy frecuente y se complica mucho sobre todo en personas adultas o mayores. Las consecuencias son muy variables desde hematomas a fracturas que pueden requerir atención sanitaria o incluso intervenciones quirúrgicas. La falta de movilidad tras una caída puede producir muchas veces caminar mal o andar, cuidarse a sí mismo, miedo a salir a la calle lo que va a producir sentirse triste y angustia.

Se pueden diferenciar distintas tipos de caídas:

- Caída accidental: es la que se produce por un tropiezo y no vuelve a repetirse.
- Caída repetida: suele tener factores como enfermedades crónicas múltiples, fármacos, pérdidas sensoriales.

Esto supone la incapacidad de la persona para poder realizar ella sola sus propias necesidades, de forma temporal o indefinida por lo que precisa la ayuda de otras personas, que pueden ser miembros de su familia o profesionales sanitarios.

2 Objetivos

- Exponer las principales medidas a tener en cuenta para la prevención de caídas.
- Explicar los beneficios y recomendaciones en cuanto a actividad física para evitar las caídas mediante el fortalecimiento muscular, del equilibrio y resistencia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Medidas a tener en cuenta para la prevención de caídas:

- Medicamentos: algunos medicamentos que se toman pueden causar mareos o dejarle adormecido. Un pastillero puede ayudar a evitar errores en la medicación.
- Visión y audición: es imprescindible para moverse con seguridad en casa y en la calle. Se deben usar las gafas correctas y comprobar las pilas de los audífonos. Los pies son muy importantes para mantener el equilibrio.
- Al caminar; las manos se deben llevar lo más libre posible, usar bastón si se precisa. Debe ir en la mano correcta (del lado que no haya lesión). La marcha adaptada a las posibilidades de cada uno, no se debe correr ni hacer giros bruscamente. El calzado adecuado, que sujete bien el pie y con suela antideslizante. Los cruces siempre que tengan semáforo. no cruzar si quedan pocos segundos, no se debe correr y mantener la calma. Llevar un móvil o similar para una emergencia.
- Mantener el entorno ordenado y evitar muebles bajos. Mantener una adecuada iluminación. Colocar barandillas en escaleras y zonas de paso. Suelos antideslizante.
- Cuarto de baño: plato de ducha mejor que bañera, y con asiento y mampara (evitar cortinas). Inodoro: a la altura adecuada. Puerta del baño que se pueda abrir desde el exterior.
- Cocina: suelo antideslizante, seco y sin grasa. Electricidad mejor que gas. Utensilios fáciles de usar y accesibles.
- Habitaciones: cama a la altura adecuada y colchón duro. Espacio libre alrededor de la cama. Mesita con una lámpara al lado de la cama. Silla para vestirse y calzarse sentado o sentada.

- Aprovechar la luz natural.
- Colocar lámparas en las zonas más oscuras y pilotos de luz nocturna en pasillos, baño y habitación.
- Retirar alfombras, cables y muebles que obstruyan el paso.

Lo que produce más beneficios para la salud es practicar actividad física regularmente y además, contribuye a prevenir las caídas. Una combinación de ejercicios ayudan a mantener la autonomía:

- Ejercicios de fuerza muscular: Evitan o retrasan la pérdida de masa muscular y ayudan a recuperarla. Aumentan la fuerza y mejoran el control postural. Fortalecen las articulaciones y los huesos.
- Ejercicios con pesas y bandas elásticas.
- Ejercicios de resistencia; mejoran la función cardiovascular y la capacidad pulmonar: caminar, bicicleta, nadar, bailar.
- Ejercicios de equilibrio: son ejercicios de mantenimiento de la posición o precisión de la deambulación: caminar de puntillas o de talones siguiendo una línea recta.
- Ejercicios de flexibilidad; Estiramientos de brazos y piernas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es importante conocer la importancia que tiene nuestro trabajo desde el punto de vista tanto sanitario como no sanitario: teniendo en cuenta la Organización Mundial de la Salud: es el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades, para tener en cuenta:

- La movilización que realicemos no esté contraindicada para la persona.
- Hablaremos con la persona lo que se va hacer o donde vamos a ir, pidiéndole que nos ayude en la medida de sus posibilidades, siempre con tranquilidad
- Quitar bultos o cosas que encontremos en el recorrido que pueda causar una caída.
- Se debe mantener en todo momento las medidas de seguridad necesarias.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov>.
2. [https:// www.scielo.org](https://www.scielo.org).

Capítulo 382

SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

JAVIER AMAGO BOUSO

1 Introducción

Este síndrome está condicionado por la presión en el trabajo y se manifiesta como estrés emocional y físico en los profesionales. La sensación de cansancio, falta de motivación y sentimiento de frustración, son indicadores frecuentes que se está padeciendo este fenómeno. El trabajador percibe falta de realización en el plano laboral, cansancio y desinterés a la hora de realizar sus funciones. Estos síntomas son constantes y supone un problema de salud, tanto físico como psíquico, que afecta tanto al estado de ánimo como a la salud del implicado y tiene como consecuencia un absentismo y baja laboral, que se repite en el tiempo. Supone un problema de salud laboral, que si la propia empresa no pone medios, para la mejora de las condiciones laborales ,creando a su vez incentivos que motiven al profesional a desempeñar su trabajo, creando motivación e interés; creará pérdidas económicas relevantes y cronificación de los síntomas que alterarán la personalidad del propio trabajador. Los recursos personales y de la propia empresa, que se pongan a disposición del afectado, hará que se minimicen, a que desaparezcan inclusive estos síntomas, tan indeseables para el trabajador que los padece en primera persona y para la empresa y usuarios en segunda.

2 Objetivos

Definir el síndrome de burnout en el personal sanitario y no sanitario.

3 Metodología

Para la creación de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica y sistemática de libros y artículos. consultando principalmente en bases de datos como: Medline y Google Académico. Utilizando palabras clave como síndrome, Burnout, trabajo, síntomas, ansiedad, profesional, absentismo.

4 Resultados

Las expectativas y la realidad del trabajador van en disonancia. Cuando cambian las estrategias de abordaje del síndrome en las empresas, a través de la organización por parte de los directivos, creando incentivos que se puedan desarrollar en los trabajadores, así como mejoras económicas que estimulen la productividad, los síntomas y signos de alerta, como miedo, ansiedad, desmotivación en las tareas, etc. se reducen considerablemente. La motivación y el interés por parte del trabajador mejora, así como la productividad y el desempeño de las funciones, siendo mas resolutivos en el desarrollo de las tareas laborales en las que están implicados a diario.

Cuando los directivos utilizan herramientas favorables a una mayor motivación en los profesionales de cualquier ámbito, más si que cabe en el de la salud, educación y todo aquellos, en los que el trabajador está en contacto directo con los usuarios o personas, se incrementa por parte de éstos un mayor interés en el buen desarrollo de su trabajo, se sienten menos sobrepasados, aumentando su capacidad productiva. Los buenos líderes revierten el síndrome creando unas expectativas realistas y tangibles para el trabajador, marcan límites en las jornadas laborales, así como los descansos pertinentes y necesarios para no sobrecargar físicamente a los profesionales que ejercen sus funciones. Crean motivación e interacción entre los propios trabajadores. Participan en formación que la propia empresa pone al alcance de los mismos, lo que hace que el vinculo y la realización profesional sea más favorable.

La creación de un buen entorno laboral, la organización óptima por parte de los directivos y los incentivos que puedan desarrollar, son las claves del éxito, para reducir el absentismo laboral y los síntomas de Burnout, que tanto se están dando en esta sociedad contemporánea.

5 Discusión-Conclusión

En el síndrome de Burnout existen múltiples síntomas, tanto en el plano físico, como psicológico. En el plano biológico, desde problemas articulares, musculares. dolores de cabeza, del aparato digestivo. En el psicológico; ansiedad, estrés. depresión. sentimiento de frustración y un largo, etc.

Tratar adecuadamente este síndrome gestionando recursos favorables tanto por parte de los altos directivos de las empresas , como personales por parte los profesionales, hace que los signos del también llamado "síndrome del quemado" disminuyan, incluso desaparezcan. Esto redundará en beneficio del propio trabajador, resultando más productivo, desempeñando mejor sus tareas y en el plano personal, sintiéndose más motivado y realizado.

6 Bibliografía

1. Aceves , GA (2006). Síndrome de burnout . Archivos de Neurociencias.
2. Danhof , MB, Van Veen , T. y Zitman , FG (2011). Biomarcadores en el agotamiento: una revisión sistemática. Revista de investigación psicosomática.

Capítulo 383

LOS RESIDUOS EN SANIDAD DESDE EL PERSONAL NO SANITARIO Y SANITARIO

JAVIER AMAGO BOUSO

1 Introducción

Se conoce como un residuo sanitario a todo residuo donde se desarrollen actividades sanitarias, tanto asistenciales, preventivas, de manipulación de productos biológicos, de docencia o de investigación.

También tenemos que tener en cuenta que hay una serie de actividades que no se consideran sanitarias como los tatuajes, piercing que generan residuos asimilables a sanitarios.

En la gestión de residuos sanitarios afecta generalmente a tres ámbitos:

- A la salud pública: si existe una mala gestión interna puede afectar a pacientes y personas como familiares y demás, y si es una mala gestión de forma externa afectaría a la población en general.
- Al medio ambiente: cuando se va a realizar cualquier tratamiento o se elimina algo de forma ineficaz dichos residuos dan lugar contaminación.
- A los trabajadores: toda persona que realiza su actividad laboral o jornada de trabajo en el centro propio como los que trabajan de forma externa de los residuos.

Lo que debemos tener en cuenta que una correcta gestión de residuos en el lugar de trabajo va a mejorar la calidad e imagen del sitio del centro sanitario como la calidad del medio ambiente y protección de los trabajadores. En la actualidad hay una ley que hace mención a todo esto en la ley de prevención de riesgos laborales.

2 Objetivos

- Identificar los tipos de residuos en sanidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es importante tener en cuenta los distintos tipos de residuos:

- Residuos generales: son residuos que se realizan en centros sanitarios que no presentan ningún tipo de riesgo para la salud humana al no tener contaminación específica, pues no han estado en contacto con pacientes. material procedente de actividades administrativas: papeles de cartón, material de oficina.
- Residuos sanitarios asimilados a urbanos: residuos solo de actividades exclusivamente sanitarias, no in en la categoría de residuo específicos como las curas, intervenciones quirúrgicas.
- Residuos específicos o de riesgo: son potencialmente contaminados. Si se eliminan como residuos urbanos, habrá un riesgo para toda la gente en general.
- Residuos químicos: con los residuos químicos resultan peligrosos los efectos y la contaminación que pueden producir. Se pueden considerar dos grandes grupos de residuos químicos según sean sólidos o líquidos. los residuos sólidos son los reactivos químicos de los laboratorios, son inflamables como el óxido de etileno. Restos de medicamentos o medicamentos caducados son potencialmente tóxicos. un residuo químico líquido se considera altamente peligroso y perjudicial para la población.
- Residuos radioactivos: son los que emiten radiaciones ionizantes, peligrosas tanto para la salud humana como el medio ambiente. El riesgo que conlleva no permite un tratamiento convencional y su gestión es competencia de la Empresa Nacional de Residuos Radioactivos.
- Residuos citotóxicos: son los medicamentos y todo el material que haya estado en contacto con ellos:

1- Fármacos citostáticos: son medicamentos utilizados en el tratamiento del cáncer, la quimioterapia.

2- Equipos de administración de dichos medicamentos: goteros, agujas, jeringas. Destacar que cualquier recipiente debe estar identificado con lo que corresponda con una etiqueta como residuos generales o de riesgo, dicha identificación lo realizarán personas o trabajadores que determine la dirección del centro.

5 Discusión-Conclusión

Conclusiones:

- El transporte y el almacenaje de los residuos son tareas que debemos realizar con medidas de precaución y seguridad.
- Habrá unos horarios establecidos para esta labor, que suele ser donde hay menor movimiento en el centro, donde tendrá un método de entrada de limpio y sucio del centro.
- Siempre utilizar guantes resistentes a los pinchazos pero a la vez cómodos y flexibles. disponer de un baño con ducha y ropa limpia.
- Los envases siempre deben estar bien cerrados.
- A poder ser se debe tener un almacén intermedio donde se depositan los residuos hasta su transporte al almacén final.

6 Bibliografía

1. [https:// medlineplus.gov](https://medlineplus.gov).
2. <https://www.scielo.org>.

Capítulo 384

LAS FUNCIONES DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS PUNTOS DE EXTRACCIÓN HOSPITALARIA

BEATRIZ SUSIN CABALLERO

MARIA DEL CARMEN HENARES GONZÁLEZ

CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO

IRENE BORRELL PANDURO

MAGALI PRIETO CORREGIDOR

1 Introducción

En este artículo se repasará la importancia del auxiliar administrativo (profesional del ramo no sanitario) en el punto de extracción, así como las conexiones entre el personal y los pacientes que llegan a los distintos centros sanitarios.

El nivel de estrés que genera el hecho de que la extracción de sangre y la entrega de muestras se realicen en las primeras horas de la mañana (normalmente a partir de las ocho de la mañana y durando hasta las once, finalizando a las tres para las muestras que no requieren tanta urgencia).

La forma en que el auxiliar administrativo apoya a sus compañeros de trabajo, encuentra soluciones a cualquier duda o problema que pueda surgir y contribuye al nivel de atención al que tiene derecho el usuario.

Uno de los objetivos de la creación de este artículo fue explicar los posibles problemas que podrían surgir en las distintas etapas y cómo abordarlos, además de enumerar los resultados y las conclusiones que se derivan de esos resultados.

Se hará una lectura en profundidad de este artículo porque describe las tareas del día a día del auxiliar administrativo y las posibles dificultades que puede encontrar en el desempeño de sus funciones en los servicios de extracciones hospitalarias.

2 Objetivos

Enumerar las distintas funciones que lleva a cabo el personal de auxiliar administrativo en los puntos de extracción 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. Se han utilizado palabras como: auxiliar administrativo -extracciones- centros hospitalarios

4 Resultados

-El auxiliar administrativo es la primera persona con la que habla el paciente cuando ingresa al área de extracción, cerca del mostrador.

Debe entregar su volante al profesional manteniendo el orden de las filas.

El profesional le solicitará su nombre y apellido de forma modulada y amable y confirmará que el paciente y el documento coinciden.

Luego de esto, el auxiliar administrativo se encargará de registrar las pruebas mediante un volante de tu centro o de otro hospital (esto rara vez sucede).

Durante este paso podrían ocurrir los siguientes problemas:

Dado que quien realiza la solicitud puede ser un acompañante y el paciente es de edad avanzada y no puede acercarse al mostrador como es habitual en la mayoría

de ocasiones, se solicitan las oportunas aclaraciones si: a) el nombre y apellidos que aparecen en el volante no se corresponden con la identidad del paciente.

Si un volante no se puede leer automáticamente, los auxiliares administrativos deberán crearlo manualmente, prueba por prueba.

El auxiliar administrativo utilizará la evidencia capturada del volante para lanzar la información a través de un programa informático a una máquina dispensadora, donde el técnico certificado para este uso se hará cargo de los tubos que dispensa y quien luego pinchará el DUE.

Durante este paso podrían ocurrir los siguientes problemas: a) A pesar de que se han registrado los datos, la máquina dispensador no dispensa los tubos.

En este caso, el auxiliar administrativo procesará manualmente las solicitudes respetando el volumen. b) Si la máquina dispensadora causó problemas de emisiones temporales (como un tubo bloqueado que debe ser limpiado por personal médico), el auxiliar administrativo pausaría su trabajo y esperaría a que todo volviera a la normalidad antes de continuar llamando a los pacientes.

Una vez finalizada la extracción, el auxiliar administrativo recogerá los volantes que hayan sido firmados por sus compañeros de trabajo, dando fe de que su parte ha sido correctamente gestionada, y los almacenará y custodiará para su posterior archivo.

El auxiliar administrativo en el punto de extracción también se encarga de atender llamadas telefónicas, realizar llamadas a otros servicios y hospitales ante posibles dudas, facilitar la documentación acreditativa a los pacientes y acompañantes que lo requieran, escanear documentos y realizar cuantas fotocopias sea posible.

5 Discusión-Conclusión

Dado que el auxiliar administrativo es uno de los roles que más relación tiene con los pacientes, es más que conveniente reconocer su importancia.

Esto es así tanto por el contacto que el auxiliar administrativo tiene con los pacientes como porque es un profesional que interviene en la resolución de posibles molestias que puedan surgir en el momento de la extracción.

Es por ello que, tras la discusión a la que hemos presentado los resultados, re-

comendamos que se brinde a estos profesionales las herramientas y recursos necesarios para continuar realizando su trabajo.

También es práctico que se actualicen continuamente, y esta actualización se puede lograr a través de talleres, cursos, conferencias, sesiones, etc.

6 Bibliografía

1. <https://cuidados20.san.gva.es/web/gestion/programa-incorporacion-enfermeria?>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 385

LOS COMETIDOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO Y EL REGISTRO DE LOS RECIÉN NACIDOS

CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO

BEATRIZ SUSIN CABALLERO

MARIA DEL CARMEN HENARES GONZÁLEZ

IRENE BORRELL PANDURO

MAGALI PRIETO CORREGIDOR

1 Introducción

Con el nacimiento, comienza una nueva vida que es necesario registrar. Para ello, deberá registrarse de acuerdo con las normas vigentes.

Si el menor ha estado vivo durante 24 horas, entonces en este lugar se debe registrar la fecha, hora y lugar de nacimiento del menor, así como su sexo biológico y filiación con sus padres.

Antes de 2015, la inscripción de un recién nacido siempre requería acudir personalmente al Registro Civil correspondiente.

Dado que a partir de ese año estamos en la era de la digitalización, está permitido hacerlo de forma digital. Esto supone un gran ahorro de tiempo y de desplazamientos.

Por ello, actualmente el nacimiento se registra en centros de salud con sala de partos y unidad de maternidad para que los padres no tengan que realizar ningún trámite.

El auxiliar administrativo es responsable de llevar un registro de este servicio, el cual debe ser reportado al registro civil dentro de las 72 horas siguientes al nacimiento del recién nacido.

El Ministerio de Justicia e Interior podrá conocer este hecho y los pasos a seguir para obtener este certificado gracias a la digitalización de este proceso.

Actualmente, la tecnología ha facilitado en gran medida muchos trámites con las Administraciones Públicas.

2 Objetivos

Describir el papel que desempeñan los auxiliares administrativos en el Registro Civil de los centros sanitarios durante la inscripción del recién nacido.

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 -recién nacido-centro hospitalario-nacimiento

4 Resultados

Los ciudadanos españoles o residentes legales en el país podrán dirigirse a ella de conformidad con la Ley 19/2015, de 13 de julio, de medidas de reforma administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y del Registro Civil. El nacimiento de menores mediante transmisión electrónica desde centros médicos especializados.

La ley 19/2015, de 13 de julio, de medidas de reforma administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y del Registro Civil, reconoce la posibilidad de que los ciudadanos españoles o residentes en el país de forma legal puedan comunicarse con el mismo electrónicamente desde los centros sanitarios especializados el nacimiento de los menores.

Como se mencionó anteriormente, el trámite para registrar al recién nacido en los centros de salud donde se produjo el parto se realiza dentro de las primeras 72 horas posteriores al nacimiento junto con los trámites proporcionados por la matrona o ginecólogo dependiendo de cómo se atendió el parto.

Aquí están los documentos requeridos:.

- Un libro de familia que se creó como resultado de un matrimonio.
- Si no existe, pareja de hecho o certificado de matrimonio, ambos padres deberán presentarse personalmente en el Registro Civil.
- Declaración sobre si la filiación es de carácter conyugal.
- Declaración en formulario si la paternidad no es conyugal.

El acta de nacimiento literal la obtienen los padres o progenitores del menor una vez finalizada la inscripción.

Los hospitales no podrán llevar a cabo la inscripción del recién nacido en los siguientes casos:

- Eliminación del supuesto de paternidad matrimonial.
- Cuando uno de los padres tiene la capacidad modificada según lo define la ley.
- Cuando se dé el supuesto, de que la madre haya renunciado a su hijo.
- Si el progenitor es menor de edad
- Hijos fuera del matrimonio que pertenecen a familias monoparentales donde falta algún progenitor.
- En el supuesto de que los padres no tengan la nacionalidad española

En la actualidad, el procedimiento de la inscripción en el Registro Civil puede realizarse de dos maneras totalmente diferentes:

- Vía telemática: que se ha descrito de manera breve, es la opción actual.
- Vía presencial: la forma tradicional que, en algunos casos, es la que se sigue empleando.

5 Discusión-Conclusión

Para cumplir eficazmente con sus tareas, los auxiliares administrativos en el sector salud deben estar familiarizados tanto con los distintos trámites como con la documentación requerida que se debe enviar para continuar con el proceso de inscripción en el Registro Civil. Deberán conocer las situaciones en las que el padre o los padres deben presentarse físicamente en el Registro Civil para inscribir al menor.

Según la Ley 19/1205, para que los auxiliares administrativos de todos los hospitales con servicios de maternidad puedan tramitar la inscripción digital de recién nacidos para enviar al Registro Civil, primero deben recibir la capacitación necesaria y seguir los procedimientos correctos.

Siguiendo los procedimientos que se marcan en esta ley se evitan confusiones y problemas.

6 Bibliografía

-revistamedica.com/auxiliar-administrativo-inscripcion-registral-recien-nacidos/

Capítulo 386

EL PAPEL DEL CELADOR EN LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA

JOSÉ MIGUEL CALDERÓN NAVARRO

ANTONIO JULIÁN GARCÍA RUBIO

GEMMA GONZALEZ SAN SEGUNDO

JUAN ANTONIO SÁNCHEZ CORCOLES

MIRIAN GARCIA GARCIA

1 Introducción

Los celadores se engloban dentro del personal no sanitario de las distintas administraciones públicas, es decir, el personal que no se encuentra dentro de los grupos de personal médico, ni de personal sanitario no facultativo. Por lo tanto, este personal es uno de los grupos que se integran en el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

El celador constituye un pilar básico en la estructura sanitaria, en la que se sustentan todo tipo de acciones, que tratan de dar cobertura a un objetivo común: el paciente.

Son los encargados de recibir al enfermo y a sus familiares, por lo que son el primer contacto en el hospital o institución, comparten las inquietudes, trasladan y ayudan a moverse al paciente entre otras muchas funciones.

Un celador es el profesional que garantiza, en cierta medida, la funcionalidad dentro de un hospital, siendo el responsable de vigilancia, movilización de enfermos y otras tareas que permitan el contacto de los pacientes con médicos, enfermeros, auxiliares y demás personal sanitario.

Los celadores no desempeñan sus tareas aisladamente. Muchos escenarios de su actuación funcionan en un ambiente de trabajo grupal o como parte de un equipo. En general, se da importancia a los grupos porque son la base de la asistencia sanitaria actual, y dentro de ellos los profesionales deben trabajar en colaboración, con otras personas que no comparten los mismos antecedentes profesionales. Esto no es del todo fácil; se necesitan habilidades para funcionar en grupo, ya que tenemos que interactuar con los compañeros para que exista comunicación. Forma parte del Equipo de Salud Multidisciplinar.

En este capítulo, nos centraremos en el celador de quirófano.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del celador en el área quirúrgica.
- Explorar su papel en el despertar post-quirúrgico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Aunque en algunas instituciones dependerá de la administración del hospital en el marco jerárquico, deberá colaborar en equipo con el resto de estamentos de

quirófano, aceptando y acatando las órdenes que en su momento le emitan. Son funciones del celador en el área quirúrgica:

- Trasladar al enfermo hasta el área quirúrgica, según señale el parte de intervenciones de quirófano, acompañado de su historia clínica y verificando todos los datos identificativos.
- Preparará la mesa de operaciones con los accesorios adecuados para cada intervención.
- Ayudará al personal sanitario en la colocación del paciente en la mesa de operaciones.
- Colaborará con el anestesista en posicionar al enfermo en la forma adecuada para el procedimiento de anestesia.
- Colocará en quirófano el aparataje que se requiera: aspiradores, monitores, torres de laparoscopia, aparatos de radioscopia, etc.
- Estará atento durante la intervención situándose en el antequirófano durante la misma, dispuesto a entrar en quirófano cuando sea requerido.
- Trasladará documentos y analíticas que se realicen durante el acto quirúrgico a los laboratorios o servicios que le indiquen.
- Ayudará en la colocación de pedidos provenientes de farmacia o almacén.
- Trasladará al enfermo a la sala de reanimación o despertar acompañado del anestesista.
- Conducirá al paciente a su habitación de destino (si la URPA está dentro del área quirúrgica).
- Guardará las medidas higiénicas establecidas conociendo las normas de circulación dentro del área quirúrgica.

El celador en el área de despertar (URPA)

En esta fase el paciente recibe los cuidados correspondientes posteriores a la intervención quirúrgica; comienza con el traslado del paciente desde el quirófano hasta la unidad de posAnestesia, y en la sala de hospitalización. El trabajo del personal de enfermería a lo largo de esta fase es de gran importancia, cuyos principales objetivos serán:

Una vez que la intervención ha terminado, el celador traslada al paciente desde la mesa quirúrgica hasta su cama, siempre con maniobras lentas evitándose en todo momento los movimientos bruscos o innecesarios, para evitar la tensión de la sutura, las posibles desconexiones de las sondas, sueros, drenajes... Una vez en su cama, se le abrigará -evitándose disminuir su temperatura corporal- y junto

a su historial médico se le llevará a la sala de reanimación, donde permanecerán hasta que los efectos de la anestesia hayan disminuido y establecido su estado: presión arterial estable, vías respiratorias permeables, nivel de conciencia, equilibrio hidroelectrolítico, etc.

Cuando el paciente llega a la sala de reanimación se llevará a cabo una serie de valoraciones que ayudarán a conocer el estado de salud.

Cuando el enfermo ha restablecido su estado hidroelectrolítico, ha recuperado su nivel de conciencia y sus distintas funciones se han nivelado, el celador le llevará a su habitación en hospitalización, donde será recibido por el personal de enfermería realizándole una serie de controles los cuales quedarán reflejados en su historial clínico y ayudarán a evitar complicaciones postoperatorias.

5 Discusión-Conclusión

El quirófano es un área necesaria en cualquier hospital o centro sanitario, ya que es un eje principal en el sistema de salud para realizar las intervenciones que requiera la población. Por lo tanto, que esta zona esté dotada del personal cualificado es imprescindible. Dentro del equipo de profesionales, se encuentra la figura del celador de quirófano, que representa un papel importante en el traslado entre ubicaciones, ya sea buscar al paciente en planta de hospitalización o sala de espera, y movilización de pacientes (colocar en la mesa de quirófano, cambiar de posición quirúrgica, o pasar a la unidad de recuperación), así como apoyo al resto del personal. El celador debe contar con buenas habilidades de comunicación para el trato con los usuarios.

6 Bibliografía

- Iglesias F. El celador en el área quirúrgica. Ed: Formación Alcalá. Jaén. 2013.
- Cuevas Gutiérrez M.C. El celador en instituciones sanitarias públicas. Formación integral y especializada. Ed: Formación Alcalá. Jaén. 2008.

Capítulo 387

EL CELADOR COMO PARTE DEL PERSONAL INFORMADOR

JOSÉ MIGUEL CALDERÓN NAVARRO

ANTONIO JULIÁN GARCÍA RUBIO

GEMMA GONZALEZ SAN SEGUNDO

JUAN ANTONIO SÁNCHEZ CORCOLES

MIRIAN GARCIA GARCIA

1 Introducción

La información que puede facilitar el celador a los pacientes y/o familiares o allegados la recoge el artículo 10.2 de la Ley General de Sanidad, en la cual se describe el derecho a la información sobre las prestaciones sanitarias a las que el usuario de dicho sistema puede acceder y sobre las necesarias condiciones para su uso.

Dentro del Estatuto del Personal No Sanitario, en el artículo 14.2 se reconoce a los celadores como función primera la tramitación de las comunicaciones de tipo verbal o documentaria que sus superiores les adjudiquen.

En consecuencia con esto, los celadores suponen un importante nexo entre paciente y profesionales sanitarios, ya que son la figura en la que éstos confían su comunicación, ya sea de manera verbal, a modo de avisos, mensajes o instrucciones.

Ya que, como hemos comentado anteriormente, el celador está en contacto constante con el paciente y sus acompañantes, es prioritario que los trate con profesionalidad, de forma amable y empática. De ahí la importancia que tiene una buena formación en habilidades de comunicación interpersonales, de manera que el celador tenga una actitud proactiva y actualizada, específica para el servicio en el que se encuentre, y que tenga conciencia del paciente como un ser biopsicosocial, y no sólo centrado en su enfermedad o dolencia.

2 Objetivos

- Conocer el papel que desarrolla el celador a la hora de informar o comunicarse con el paciente y/o familiares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 comunicación es el principal elemento de interacción entre los seres humanos, ya que gracias a ella el celador puede conocer las vivencias, creencias, costumbres y los estilos de vida de cada paciente y de su entorno más cercano.

Entre los profesionales fundamentales para entender las necesidades de la familia y su entorno, se encuentran los celadores, quienes se encargan de llevar a cabo su tarea asistencial a pie de cama, y se encargan de coordinar y ser el medio de transmisión de la información entre los diferentes integrantes del equipo y entre los familiares con el paciente. Al mismo tiempo, refuerzan la comprensión de la información médica proporcionada a la familia. Es por ello, que la mejor alternativa para aportar información de forma integral a los familiares del paciente es un modelo centrado en realizar un reparto de la labor informativa entre los miembros del equipo.

A pesar de ello, se consideraría competencia médica proporcionar información relativa al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Además, resulta imprescindible

que entre los miembros del equipo haya una comunicación fluida para de esta forma alcanzar los objetivos de mejora tanto en la seguridad del paciente como en los resultados.

También se considera favorable por parte del personal, disponer de formación en habilidades de comunicación para de esta forma poder satisfacer la necesidad del paciente y de sus allegados de información. Algunas de estas habilidades son saber escuchar, comunicarse de una forma clara expresando confianza y amabilidad, comunicar las ideas con seguridad, tener empatía, utilizar los silencios en los momentos adecuados y cuando sean necesarios, mirar a la persona a los ojos a la hora de hablar, mantener una posición del cuerpo firme y segura.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la atención al paciente y a los allegados se basa en orientar al usuario durante su estancia en el centro sanitario (ubicación de los servicios y unidades del centro, horario de los distintos servicios, información a los pacientes sobre las horas de visita y consulta para la información médica), en atender de manera personalizada a acompañantes (disminuir la preocupación, informar a los mismos sobre la planta o servicio en el que se encuentra el paciente, incidencias, tiempos de espera, traslados, etc., localizar a familiares por el servicio de megafonía para traslado de avisos, información o llamadas telefónicas del exterior) y en canalizar las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios.

Los celadores tienen encomendadas también funciones de vigilancia tanto en el acceso y estancia de acompañantes como en el acceso a las entradas del centro sanitario.

6 Bibliografía

1. Jiménez J. T. El apoyo psicológico del celador. Ed: Formación Alcalá. Jaén. 2013.
2. Iglesias F. Fernocas. 2007. www.fernocas.com.

Capítulo 388

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE EL ARCHIVO EN UN CENTRO HOSPITALARIO

CARLOS AUÑON FAJARDO

SONIA MORENO CABEZAS

MARIA JOSEFA MOLINA GIGANTE

1 Introducción

Definición.

Archivo: los archivos son aquellos espacios donde se realiza la custodia, acceso y se guardan todos los archivos de los documentos que pueden ser emitidos o también recibidos por el Seguro Social de Salud.

El Auxiliar Administrativo es aquella persona cuya función principal es llevar al día toda la documentación de un centro hospitalario de forma ordenada y coordinada.

Hay varios tipos de puestos de trabajo, áreas o secciones como Auxiliar Administrativo en un centro hospitalario, como puede ser el que da citas previas, el de facturación, urgencias, recursos humanos, admisión, etc. Dependiendo de estas secciones, realizara una tarea u otra diferente.

Es muy importante tener en cuenta la confidencialidad del paciente ante la ley de protección de datos. El objetivo de dicha ley es:

1. Llevar a cabo una adaptación del reglamento en cuanto a la protección de las personas jurídicas en cuanto a la protección de sus datos personales y su libre circulación.

2. Garantizar y respetar todos los derechos en cuanto a la digitalización se refiere, según establece el art 18.4 de la constitución española.

El auxiliar administrativo realizará unas tareas u otras dependiendo de cada semana, mes o día y del turno de trabajo en el que se encuentre. Por lo que en este capítulo nos centraremos en las actividades que va a desarrollar el auxiliar administrativo ante el archivo en un centro hospitalario. Dichas funciones son muy diversas y muy complejas, además de ser muy exigentes, por lo que se necesita de una previa formación, capacidad y organización para crear un gran volumen de actividades.

2 Objetivos

Conocer las funciones del auxiliar administrativo ante el archivo en un centro hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

En un centro hospitalario el archivo es aquel lugar o sitio donde se almacenan o guardan todos los documentos relacionados con los pacientes que han pasado por el centro hospitalario para su posterior uso en caso necesario. En el se guardaran datos objetivos como por ejemplo, la evolución que tiene el paciente a lo largo de su tratamiento, las diversas intervenciones quirúrgicas que se le han realizado al paciente, informes clínicos, exámenes radiológicos, entre otras muchas más. En general podemos decir que son un conjunto de datos clínicos que van formando esa historia clínica del paciente.

La documentación que se encuentra dentro de los archivos puede ser sanitaria o no sanitaria.

Definiciones.

1. Documentación clínica: la documentación clínica es aquella información que se obtiene después de que el paciente haya acudido a la consulta médica, ya sea a través de la atención primaria o especializada. Esa información siempre será documentada y realizada por un facultativo.
2. Información clínica: es toda aquella información adquirida, la cual nos informa de la salud del paciente o su estado físico. También nos informa de como podemos mejorarla, los hábitos necesarios y como conservarla o cuidarla. Dicha información se le debe proporcionar al paciente de forma comprensible, no utilizar palabras técnicas, llevar a cabo la información de forma objetiva y verdadera sin confundir al paciente y respetando en todo momento su libre decisión.
3. Historia clínica: es un soporte físico, en la cual se anota toda la información de un paciente, después de que el médico haya realizado la práctica clínica al paciente. Este documento tiene un valor legal.

Aquellos datos de una historia clínica nos permiten hacer un análisis de todo el recorrido médico del paciente. Se trata de un documento básico a la hora de tomar una decisión médica, por lo que es necesario incluir en la historia clínica todos los datos necesarios acerca de la salud de un paciente.

Todos los datos de una historia clínica nos permiten ver todos los datos de un paciente, así como su evolución. Es un dato básico. Además en la historia clínica es necesario incluir todos los datos que son importantes, incluso aquellos menos relevantes de la salud del paciente ya que en un futuro pueden ser de gran utilidad e información.

La función del auxiliar administrativo en cuanto al archivo es archivar toda la documentación clínica de forma correcta, evitando así cualquier error que pueda provocar grandes confusiones para la salud de los pacientes. Además deberá clasificar de forma correcta por orden cronológico y ordenar y guardar todas las carpetas de las historias clínicas ya utilizadas por el personal facultativo.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo tiene un gran volumen de trabajo, por lo que es fundamental priorizar las tareas, dependiendo de lo urgente que sean, para así conseguir un servicio eficaz, ya que en muchas ocasiones puede complicarse dicha organización debido al gran volumen de trabajo.

Además, también es importante tener un espacio amplio y bien organizado, con

una buena iluminación, ambiente, orden, limpieza, para así, de forma rápida, acceder a todos los archivos almacenados. Aunque no siempre todo esto se cumple, debido a la falta de espacio que hay en los despachos, unas instalaciones que son muy antiguas y no han sido reformadas o instalaciones que en general son muy pequeñas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 389

SEGURIDAD EN EL TRABAJO DEL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS

MARIA JOSEFA MOLINA GIGANTE

SONIA MORENO CABEZAS

CARLOS AUÑON FAJARDO

1 Introducción

En los centros sanitarios, la seguridad laboral es fundamental para garantizar la salud y el bienestar de los pacientes y de quienes allí trabajan. El personal auxiliar administrativo desempeña un papel clave en la gestión y coordinación de la información crítica y la logística de los servicios médicos. Sin embargo, el desempeño de sus funciones puede implicar ciertos riesgos laborales que requieren especial atención y precauciones adecuadas.

Este capítulo argumentativo se sumerge en el tema de la seguridad en el trabajo del personal auxiliar administrativo en los centros sanitarios. En este entorno altamente dinámico y a menudo estresante, la protección y el bienestar del personal son muy importantes. Este análisis tiene como objetivo proporcionar información sobre los desafíos a los que se enfrenta este grupo de profesionales, así como las políticas y prácticas implementadas para garantizar un entorno de trabajo seguro.

La seguridad laboral no solo es una obligación ética y legal, sino que también puede afectar directamente a la calidad de la atención a los pacientes. La prevención de riesgos laborales, la promoción de la salud y la formación en seguridad son aspectos importantes a considerar que deben abordarse en este contexto.

En este capítulo, se revisan los objetivos propuestos en esta investigación, se detalla la metodología utilizada para la recopilación de información y se presentan los resultados obtenidos respecto a la seguridad laboral del personal auxiliar administrativo en los centros sanitarios. Esto proporciona una mejor comprensión de la importancia de la seguridad en el lugar de trabajo en la atención médica y resalta áreas donde se pueden realizar mejoras significativas para proteger y promover la salud y el bienestar del personal administrativo.

2 Objetivos

1. Mencionar los riesgos laborales específicos a los que está expuesto el personal auxiliar administrativo en centros sanitarios.
2. Analizar las medidas y políticas implementadas por los centros sanitarios para garantizar la seguridad en el trabajo del personal auxiliar administrativo.
3. Identificar áreas de mejora en relación con la seguridad laboral y proponer recomendaciones para mitigar los 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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos, como Google, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La evaluación de la seguridad en el trabajo del personal auxiliar administrativo en los centros sanitarios revela una serie de hallazgos significativos que abordaremos a continuación, ya que son muy complejos:

- Identificación de riesgos laborales específicos: Uno de los resultados más destacados de esta investigación es la identificación de riesgos laborales específicos a los que se enfrentan los auxiliares administrativos en los centros sanitarios. Estos riesgos incluyen:

- Exposición a infecciones: El personal auxiliar administrativo a menudo trabaja en áreas de recepción y atención al público, donde pueden entrar en contacto directo con pacientes con diversas enfermedades. Esto les expone al riesgo de infecciones, especialmente en épocas de brotes de enfermedades contagiosas, como la gripe.

- Carga de trabajo y estrés: La naturaleza dinámica y a veces abrumadora del entorno hospitalario puede provocar una gran carga de trabajo, y el estrés que esto puede provocar. El personal auxiliar administrativo puede estar bajo presión para completar de manera eficiente gran cantidad de tareas administrativas.

- Ergonomía deficiente: En muchas ocasiones, el personal trabaja largas horas en situaciones de trabajo que pueden carecer de una ergonomía adecuada. Esto puede dar lugar a problemas musculoesqueléticos, como dolores de espalda y lesiones por esfuerzo repetitivo.

- Medidas de seguridad implementadas: En respuesta a los riesgos anteriores, los centros sanitarios han implementado medidas de seguridad para proteger al personal auxiliar administrativo con:

- Equipos de Protección Individual (EPI): Se proporcionan EPI, como guantes, mascarillas y batas, para reducir la exposición a infecciones. La capacitación en su uso adecuado es una parte integral de estas medidas, es decir, enseñar al personal a usarlos.

- Capacitación en prevención de riesgos: Se ofrecen programas de capacitación en prevención de riesgos laborales para concienciar al personal sobre los riesgos específicos y cómo mitigarlos.

- Promoción de la ergonomía: Se están realizando esfuerzos para mejorar la ergonomía en las estaciones de trabajo, proporcionando sillas ergonómicas y ajustando las alturas de las mesas para reducir el riesgo de lesiones.

- Áreas de Mejora: A pesar de las medidas implementadas, existen áreas de mejora que deben abordarse:

- Recursos limitados: Algunos entrevistados expresaron su preocupación sobre la falta de recursos y personal para abordar adecuadamente la seguridad laboral, por lo que se necesita una mayor inversión en dichos recursos y personal para garantizar un ambiente de trabajo más seguro.

- Promoción de la concienciación: Es necesario promover una mayor concienciación sobre los riesgos laborales y la importancia de reportar incidentes. La

cultura de seguridad debe ser una parte integral de la cultura organizativa.

- Evaluación continua de riesgos: Se recomienda una evaluación continua de los riesgos laborales específicos para adaptar y mejorar las medidas de seguridad según sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la seguridad en el trabajo del personal auxiliar administrativo en centros sanitarios es un aspecto muy importante que debe abordarse con la seriedad que corresponde. Los riesgos laborales específicos y las medidas implementadas demuestran la necesidad de que debe haber un enfoque continuo en la seguridad y el bienestar del personal. Es por ello que se recomienda una mayor inversión en recursos y capacitación, así como en promocionar la cultura de seguridad en los centros sanitarios.

Para futuras investigaciones, se recomienda explorar en profundidad la efectividad de las medidas de seguridad implementadas y sus efectos en la salud y en la satisfacción laboral del personal auxiliar administrativo en los centros sanitarios.

6 Bibliografía

1. Ley de Prevención de Riesgos Laborales. BOE, 31 de octubre de 1995.
2. Informe sobre Seguridad Laboral en Centros Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2022.
3. Entrevistas con el personal auxiliar administrativo en centros sanitarios. Datos no publicados, 2023.

Capítulo 390

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO Y LA ATENCIÓN TELEFÓNICA

FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ

SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ

ANA BELEN ABELLAN NAVARRO

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

EVA MARIA VELA PALOMINO

1 Introducción

Entre las múltiples funciones de un auxiliar administrativo que desempeña una labor profesional en el ámbito de los servicios de salud, cabe destacar la atención telefónica que realiza en la institución donde trabaja y la derivación de este llamado con la persona responsable del servicio. La atención telefónica al paciente es tan importante en la comunicación online como la consulta y el tratamiento, son herramientas distintas con la finalidad de alcanzar un objetivo común: la máxima eficacia en la atención al cliente.

La atención de calidad incluye la prestación de una atención eficaz y satisfactoria a los problemas de salud que afectan a la población. Una cualidad que une a todos los miembros del individuo, la familia y la sociedad en general.

Los auxiliares administrativos encargados de la gestión de la atención sanitaria desempeñan su labor con el fin de minimizar la burocracia y en prevención de futuros problemas.

Actualmente, existen dos vías principales para que los usuarios puedan contactar con los centros sanitarios. Por vía digital (mediante e-mail, portal de gestión de citas, etc.) o a través del teléfono.

Los Auxiliares Administrativos de Salud trabajan para reducir trámites burocráticos para evitar problemas futuros. Actualmente, existen dos formas principales para que los pacientes puedan contactar con el centro de salud: de forma digital (a través de correo electrónico, portal de citas, etc.) y por teléfono.

En este capítulo pondremos un mayor énfasis en la asistencia telefónica, donde veremos distintas situaciones y proporcionaremos recomendaciones que el personal administrativo debe tener en cuenta para ofrecer al paciente una atención de calidad.

2 Objetivos

Conocer las funciones del auxiliar administrativo en relación con la atención telefónica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las vías a través de las cuales los pacientes se comunican con los centros de salud son: personalmente, por correo electrónico y por teléfono.

Es función del auxiliar administrativo contestar las llamadas que se realizan en el centro donde presta sus servicios y poner en contacto esas llamadas con el servicio adecuado. La prestación del servicio de telefonía es tan importante como el trato personal al paciente en la consulta y la comunicación online. En definitiva, se trata de herramientas a nuestra disposición para lograr nuestro objetivo

común de maximizar la eficiencia en el servicio al paciente.

Una atención telefónica adecuada contribuirá a que los pacientes se sientan atendidos y confíen en el sistema y en la atención de los especialistas. Es importante usar ciertas estrategias verbales y no verbales, como contestar el teléfono de forma correcta, sonreír, mantener la calma y utilizar un tono de voz mesurado.

La prestación del servicio telefónico se realizará en atención a los principios de confidencialidad, transmisión y almacenamiento de información, y conforme a lo dispuesto en la legislación sobre la protección de datos de los usuarios del sistema sanitario.

Para una adecuada atención telefónica, el auxiliar administrativo deberá:

- Responder la llamada de forma inmediata y no dejar que suene de manera ilimitada.
- Identificación y saludo: los pacientes deben conocer la persona que les está atendiendo, para ello, al responder la llamada deberemos identificarnos.
- Timbre. Utilizar tonos neutros que infunden tranquilidad. Hablar con claridad para que el paciente comprenda plenamente las instrucciones e información que está recibiendo.
- Brevedad. Debemos transmitir la información de manera directa, amable y somera.
- Paciencia. Contestar las llamadas de los usuarios telefónicamente, puede tomarnos bastante tiempo. En este caso es importante utilizar un tono relajado, conciliador y conservar los buenos modales.
- Guía operativa. Es importante que se constituya una guía que recoja las posibles incidencias, preguntas y conflictos y que incluya las respuestas adecuadas para posibles incidencias. De esta forma, se sabrá exactamente la forma de actuar en cada momento.
- Reenvío de llamadas. Si la información solicitada por el paciente no es accesible, la llamada deberá dirigirse al operador o al responsable
- Información del contacto. Ante la imposibilidad de localizar a la persona responsable del servicio o no estar disponible, se deberá solicitar los datos de contacto para devolverle la llamada.
- Fin de llamada. Se despedirá cortésmente del paciente, agradeciéndole su llamada y siempre se esperará a que cuelgue.

La función de los auxiliares administrativos que trabajan en el servicio de salud pública es "proporcionar apoyo material, formación y desarrollo al servicio de salud pública" (Reglamento Marco del Personal Estatutario del Sector Sanitario de 2003), la realización de tareas administrativas del organismo y de la Secretaría de Planta y Servicios.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de los auxiliares administrativos requieren autocontrol, habilidad y compromiso. Incluso en ausencia de contacto visual, la comunicación verbal ofrece la oportunidad de recibir información de otra persona y brindar retroalimentación al usuario. El personal administrativo que se encarga de atender telefónicamente a pacientes y usuarios realiza tareas muy importantes en diversas situaciones, ya que solo se ocupan de los contactos de voz. Por ello, es necesario adquirir técnicas y habilidades de comunicación interpersonal para dar una respuesta adecuada al teléfono.

Para conseguir una buena atención telefónica con el paciente hay que tener en cuenta que se están hablando de temas de salud. La sonrisa, el timbre y los silencios son claves para generar confianza.

6 Bibliografía

1. Capdevila, M. Claves para una buena atención telefónica en un centro sanitario. <https://www.deustosalud.com/blog/gestion-sanitaria/claves-para-buena-atencion-telefonica-centro-sanitario>.
2. Sánchez Maza, M.A. Atención telefónica al público. 2003.
3. Alberola López, S, Real Llorente, M.R., Ortega García, R.; Maestro González, B., Andrés del Llano, J. La consulta telefónica: utilización y posibilidades en atención primaria. Bol. Pediatr. 1997.
4. <https://congresosicepa.com/atencion-telefonica-centros-sanitarios/>.
5. <https://www.formacioncarpediem.com/curso/665/curso-auxiliar-administrativo-en-instituciones-sanitarias>.
6. <https://www.euroinnova.edu.es/blog/curso-auxiliar-administrativo>.
7. <https://www.formacioncarpediem.com/blog/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario/>.

Capítulo 391

EL CELADOR Y EL TRABAJO EN EQUIPO

ADAM VICENTE OTERO

1 Introducción

El celador es una figura fundamental que forma parte del equipo de profesionales en cualquier unidad hospitalaria. Junto con otros profesionales como médicos, enfermeras, Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) forman un equipo cuyo objetivo es lograr el mayor bienestar en la salud de los pacientes.

Debemos saber distinguir entre grupo de trabajo y equipo de trabajo:

Grupo de trabajo es un conjunto de personas que desarrolla su trabajo en un espacio, como puede ser un hospital, un centro de salud, etc. cada uno realiza su trabajo de forma individual, sin depender de otros compañeros para realizar su trabajo y respondiendo personalmente del mismo. Por ejemplo, un grupo en un hospital sería el colectivo que forman los celadores.

Equipo de trabajo es un grupo de personas que se organiza para alcanzar un objetivo común. Cada miembro del equipo aporta sus conocimientos, capacidades, formación, destrezas, habilidades, etc. para alcanzar una meta.

El papel del celador es tan importante como cualquiera de los demás y su figura es clave para el correcto desarrollo del trabajo de los equipos de una unidad sanitaria.

Es muy importante que exista una buena coordinación, comunicación y trabajo en equipo entre los profesionales de cualquier tipo de centro sanitario para una mejor atención a los pacientes y así poder conseguir el objetivo común, que no es otro que el máximo bienestar en la salud de los usuarios de los centros sanitarios.

2 Objetivos

- Exponer la importancia del trabajo en equipo en las unidades hospitalarias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un equipo de trabajo se caracteriza por lo siguiente:

Generalmente, es un grupo pequeño de personas, que trabajan conjuntamente para lograr un objetivo común. Los miembros que integran un equipo, por la diversidad de personalidades, necesitan conocerse, para lo cual deben comunicarse, conectarse e interactuar entre sí. El trabajo se realiza de manera coordinada, aunque cada uno en el equipo tiene diferentes roles y distintas funciones. Un profesional no puede sustituir a otro, cada uno realiza su función correspondiente. Para que el trabajo sea efectivo, todos sus miembros deben tener: Un entorno de apoyo basado en la organización, la confianza, la comunicación y la comprensión del papel de cada miembro del equipo. Identificar las funciones que realizará cada uno de ellos.

Están formados por distintas personas con diferente experiencia, edad, actitud, formación, inquietudes, cultura, etc.

Se debe destacar la importancia del trabajo en equipo, ya que da lugar a algunas de las siguientes afirmaciones:

- Disminuye la carga de trabajo, al ser varias personas las que colaboran y todas ellas responsables del mismo.
- El trabajo, la reflexión y la discusión conjunta producen mejores resultados que los aportes individuales, al unir conceptos y técnicas se evitan contradicciones entre los distintos profesionales que forman el equipo.
- Permite una mejor organización.
- Se desarrolla el respeto y la escucha.
- Aumenta la motivación de los profesionales.
- Proporciona mayor satisfacción laboral a los miembros del equipo

-El paciente recibe una mejor atención.

Un equipo de trabajo debe reunir unas características que faciliten su desarrollo, si bien esto no significa que todos sus objetivos obtengan el éxito buscado. También a veces pasa que un equipo de trabajo funcione en un determinado tiempo y luego deje de hacerlo, un eficaz equipo de trabajo no es garantía de serlo continuamente.

5 Discusión-Conclusión

Podemos afirmar que el trabajo en equipo en una unidad hospitalaria o centro sanitario es de vital importancia para lograr el buen funcionamiento a la hora de dar asistencia a los pacientes que acceden a un hospital o centro sanitario. Es por eso que la coordinación y colaboración entre los distintos profesionales que forman los equipos de cada unidad en un hospital o centro sanitario es esencial para alcanzar un mismo objetivo común, que no es otro que dar a los pacientes la mejor atención y servicio posible para su bienestar y asegurarles una mejor calidad a la hora de prestarles asistencia

6 Bibliografía

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

Capítulo 392

PRINCIPIOS ELEMENTALES DE LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES PARA EL CELADOR

JOSÉ MIGUEL CALDERÓN NAVARRO

ANTONIO JULIÁN GARCÍA RUBIO

GEMMA GONZALEZ SAN SEGUNDO

JUAN ANTONIO SÁNCHEZ CORCOLES

MIRIAN GARCIA GARCIA

1 Introducción

A lo largo de este capítulo se va a analizar la forma de manejar al paciente cuando se necesita cambiar de postura o de sitio pero actuando sobre una misma superficie. Hablamos de movilización cuando se desplaza al paciente en el sitio, en contraposición a las trasferencias, en las cuales sí se produce un desplazamiento de una superficie a otra, de un plano a otro y de una posición a otra. Es cierto que, la movilización en el sitio es más sencilla y segura que las trasferencias, e incluso que los desplazamientos, puesto que no hay necesidad de perder contacto en ningún momento con la superficie sobre la que se realiza la actividad. Es necesario tener el medio bien adaptado para facilitar el trabajo al celador y para evitar posturas que le puedan provocar dolores o lesiones, y que le obliguen a

tener que aplicar más fuerza de la estrictamente necesaria, lo que acarrearía consecuencias negativas, tanto para el celador, que tiene que realizar más esfuerzo y tiene riesgo de lesión mayor, como para el paciente, porque al tener que actuar con más energía, le puede ocasionar dolor.

La adaptación del medio sobre el que se trabaja es primordial en el momento de realizar una correcta movilización y transferencia.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es conocer los principios básicos relacionados con la movilización y la transferencia de pacientes que realizan los celadores en su práctica diaria en cualquier servicio en el que desarrollen esta labor.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Cochrane Library, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A lo que movilizaciones se respecta, podemos definir varios conceptos usados con frecuencia:

La posición anatómica estándar es aquella en la que el cuerpo está erguido, las piernas y los pies permanecen juntos, brazos extendidos unidos al tronco y cara y palmas de las manos situadas hacia arriba. Situado en esta posición se pueden localizar una cara anterior o ventral, posterior o dorsal y laterales derecha e izquierda. De esta manera, se pueden trazar líneas imaginarias que dividen al cuerpo humano en planos:

- Transversales, que lo dividen en una parte superior y otra inferior.
- Longitudinales, de dos tipos:
 - Frontales: dividen el cuerpo en dos partes, anterior y posterior.
 - Sagitales: dividen el cuerpo en dos partes, derecha e izquierda. El plano sagital medio hace que estas dos partes sean iguales y simétricas.

La movilización de un paciente no debería ser una actividad agotadora, ni una fuente de riesgos y lesiones, dolores de espalda, lumbalgias, hernias discales, etc. para el celador, ni tampoco debe ser generadora de dolor para el paciente.

La movilización bien realizada siempre tiene que ser una actividad en la que el paciente está informado de lo que se va a hacer y en la que participa activamente en la medida de sus posibilidades. La movilización correcta mueve al cuerpo como lo haría él si tuviera capacidad, aprovecha la capacidad de movimiento de las articulaciones, flexiona, extiende, desliza, hace giros. Ayuda a la orientación del enfermo mediante el contacto con las manos y la movilización sobre superficies. La movilización de pacientes se rige por las siguientes consideraciones:

- Adaptar el medio es de vital importancia. Sería inútil intentar movilizar a una persona que se encuentra en una cama que está a 20 centímetros del suelo, o intentar desplazarle hacia un borde de la cama si por ese lado está pegada a la pared. En estas situaciones, por muchos conocimientos y formación que tenga el celador sobre la movilización de pacientes, la única posibilidad para hacerlo es empleando más fuerza. Por su parte, el propio paciente tendrá una dificultad mucho mayor para moverse y desplazarse dentro de sus posibilidades. En este ejemplo de la cama baja, para el enfermo sería muy complicado, y le supondría un esfuerzo considerable levantarse de la cama para ponerse de pie.

- Orientar al enfermo: Una de las complicaciones asociadas a la inmovilidad es la desorientación. Este fenómeno se observa con frecuencia en ámbitos hospitalarios y residenciales, principalmente en personas mayores ingresadas que permanecen encamadas. Los motivos de la desorientación son diversos, pero una parte de las causas que la generan puede ser evitada mediante medidas sencillas relacionadas con la movilización:

- Pedir al paciente que gira la cabeza, en la dirección en la que se le va a desplazar.

- Desplazar sobre una superficie de apoyo al paciente. Los movimientos dirigidos ayudan a la orientación espacial del enfermo mientras que los balísticos no aportan ninguna información sensorial y por tanto no realizan ninguna contribución positiva en ese aspecto. Un ejemplo, el enfermo se encuentra en decúbito supino, con el brazo extendido a lo largo del cuerpo. En cambio, si el movimiento del brazo se hace por el aire, se le estará privando al cerebro de esa información táctil- cinestésica y no se realiza ninguna contribución que le ayude a orientarse.

- Emplear un único cuidador para movilizar al paciente (siempre que sea posible).

- Basar la movilización en el contacto.

- Hablar poco.

- Moverse simultáneamente y en dirección al desplazamiento.

- La postura del celador.

-Movilizar imitando el movimiento del cuerpo humano.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar, es preciso hacer hincapié en la importancia de la adaptación del medio en que las tres movilizaciones básicas (pasar de la superficie a la posición de sentado, de sentado a bipedestación y de bipedestación a sentado) tienen lugar. En el caso de las transferencias, tener el entorno bien adaptado resulta esencial, y no únicamente para facilitar la movilización con el fin de que resulte más cómoda, sino para que sea más interactiva y que requiera menos esfuerzo y posibles lesiones tanto para el celador como para el enfermo. Durante una transferencia, un entorno inapropiado, además de generar consecuencias negativas, puede ser la causa de una lesión más grave provocada por un accidente.

A modo de resumen podemos concluir que una buena adaptación del medio de trabajo, se convierte en una herramienta fundamental para realizar una movilización correcta. Las movilizaciones básicas y más frecuentes se llevan a cabo en la cama, y en este sitio, el celador se debe colocar en el lado de la cama hacia la que va a desplazar al paciente.

6 Bibliografía

1. Servicios Sanitarios: Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente UNE 173009:2013. AENOR.
2. Mayer, M. (2005). Las actividades de prevención y cuidado de los pacientes crónicos: un reto sanitario para este siglo XXI. *Atención Primaria*, 35(4), pp.183-184.
3. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. (2008). Ministerio de Sanidad y Consumo.

Capítulo 393

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE PSIQUIATRÍA EN UN CENTRO HOSPITALARIO

TOMAS BARBA LOPEZ

1 Introducción

La planta de psiquiatría en un centro hospitalario desempeña un papel crucial en la atención médica integral y en la salud mental de los pacientes. La planta de psiquiatría brinda un espacio especializado para el diagnóstico, tratamiento y atención de personas que sufren de trastornos mentales, como la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y otros. Estos trastornos pueden ser graves y debilitantes, y requieren una atención especializada por parte de profesionales de la salud mental. Además, esta planta puede ser un lugar de refugio para las personas en crisis emocionales, proporcionándoles un entorno seguro donde pueden recibir apoyo, evaluación y tratamiento para prevenir el suicidio u otras acciones dañinas (1).

Los pacientes que llegan a la planta de psiquiatría a menudo están en estados emocionales y psicológicos frágiles. El personal de salud mental puede evaluar su condición y proporcionar intervenciones inmediatas para estabilizar su salud mental y emocional. De este modo, la planta de psiquiatría ofrece una variedad de tratamientos que van más allá de la medicación, como terapia individual y grupal, terapia ocupacional, terapia cognitivo-conductual y otras modalidades terapéuticas. Estos tratamientos son esenciales para ayudar a los pacientes a comprender y gestionar sus trastornos mentales.

La planta de psiquiatría también brinda apoyo a las familias y cuidadores de los pacientes. Ofrecen educación sobre los trastornos mentales, estrategias para apoyar a sus seres queridos y recursos para el autocuidado. En algunas plantas de psiquiatría, se ofrece tratamiento para pacientes con trastornos por uso de sustancias, lo que les permite recibir atención tanto para sus problemas de salud mental como para la adicción.

2 Objetivos

- Explicar las actividades relevantes que debe realizar un celador en una planta de psiquiatría en 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 planta de psiquiatría en un centro hospitalario es fundamental para el funcionamiento seguro y eficiente del área y el bienestar de los pacientes. Algunas de las funciones clave que un celador puede desempeñar en una planta de psiquiatría pueden ser la vigilancia y la seguridad ya que el celador tiene la responsabilidad de mantener un entorno seguro en la planta de psiquiatría. Esto incluye la prevención de situaciones de riesgo y la intervención inmediata en caso de incidentes o conflictos entre pacientes (2).

Además, los celadores pueden acompañar a los pacientes en actividades cotidianas, como paseos por el pasillo, visitas al comedor o al baño. Esto es especialmente importante en pacientes que requieren atención especial o están en riesgo de autolesiones. También ayudan en el traslado de los pacientes de un lugar a otro dentro del hospital, ya sea para realizar exámenes médicos, terapias o cambios de habitación. Y es que, en casos de pacientes agresivos o agitados, el celador puede colaborar con el personal de enfermería y seguridad para contener y calmar la situación, siempre siguiendo los protocolos de contención adecuados.

Los celadores contribuyen a mantener las áreas comunes y las habitaciones de los pacientes limpias y ordenadas. Esto puede ser crucial para el bienestar y la seguridad de los pacientes. Además, ayudan en la distribución de alimentos y en la gestión de suministros en la planta de psiquiatría, asegurando que los pacientes reciban sus comidas y los suministros necesarios a tiempo. A veces, los celadores pueden brindar apoyo emocional a los pacientes al escuchar sus preocupaciones o simplemente estar presente para conversar y proporcionar compañía. También mantienen una comunicación constante con el personal de enfermería y médicos para informar sobre cualquier cambio en la condición de los pacientes o situaciones relevantes que requieran atención inmediata (3).

En algunas ocasiones, pueden participar en actividades terapéuticas o recreativas con los pacientes, bajo la supervisión del personal de salud mental. Es importante que los celadores registren cualquier observación relevante sobre el comportamiento de los pacientes o eventos inusuales en el área de psiquiatría para ayudar en la evaluación y el tratamiento de los pacientes.

Es fundamental que los celadores en una planta de psiquiatría estén bien entrenados en la atención a pacientes con trastornos mentales y en la aplicación de protocolos de seguridad y contención adecuados. Su trabajo es esencial para proporcionar un ambiente terapéutico y seguro para los pacientes psiquiátricos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones del celador en una planta de psiquiatría en un centro hospitalario son vitales para garantizar un entorno seguro, terapéutico y eficiente para los pacientes que requieren atención en salud mental. El celador desempeña un papel fundamental en la supervisión, el apoyo logístico y emocional, la seguridad y la colaboración con el personal de salud mental. Su trabajo contribuye a la prevención de crisis, el bienestar de los pacientes y el funcionamiento efectivo de la planta de psiquiatría.

La capacitación y la atención especializada son esenciales para que los celadores puedan desempeñar estas funciones de manera efectiva y compasiva, ayudando así en la rehabilitación y recuperación de quienes padecen trastornos mentales.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-psiquiatria/#::text=Acompa%C3%B1ar%20a%20los%20pacientes%20y,y%20tratar%20a%20los%20pacientes.>
2. <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-25-actuacion-del-celador-en.html>
3. <https://revistamedica.com/actuacion-celador-psiquiatria-hospitalaria/>

Capítulo 394

EL CELADOR EN TRAUMATOLOGÍA

PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO

DAVID PECERO BALSERA

JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA

JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA
CAÑADILLA

IZAN BELDAD GARCÍA MORENO

1 Introducción

La traumatología es una rama de la medicina que se especializa en el diagnóstico, tratamiento y prevención de lesiones y trastornos del sistema músculo-esquelético. Esto incluye huesos, articulaciones, músculos, tendones, ligamentos y otros tejidos relacionados. Los profesionales de la traumatología, llamados traumatólogos o cirujanos ortopédicos, se dedican a tratar una amplia gama de afecciones, desde fracturas y luxaciones hasta lesiones deportivas y degenerativas, como la osteoartritis.

Los traumatólogos trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como fisioterapeutas, radiólogos, anestesiólogos, equipo de enfermería y celadores, para proporcionar un enfoque integral en el tratamiento de las afecciones músculo-esqueléticas. Su objetivo principal es ayudar a los pacientes a recuperar la función normal y mejorar su calidad de vida después de una lesión o afección relacionada con el sistema músculo-esquelético.

La función de un celador es esencial en el ámbito de la atención médica y la gestión de instalaciones de salud. Los celadores desempeñan un papel crucial en la atención al paciente y en el funcionamiento diario de hospitales, clínicas y otros centros de atención médica. Su trabajo abarca una variedad de tareas y responsabilidades que contribuyen al bienestar y la eficiencia de las instalaciones de salud.

Los celadores en la especialidad de traumatología juegan un papel muy importante, pues deben saber como movilizar al paciente en cada momento, teniendo en cuenta las afecciones del paciente.

2 Objetivos

1. Analizar en profundidad las responsabilidades y tareas específicas del celador en el área de traumatología.
2. Comprender cómo el celador contribuye al ambiente seguro y cómodo para los pacientes y el personal en traumatología.
3. Evaluar la importancia de la colaboración entre el celador, el personal médico y los pacientes en el ámbito traumatológico.
4. Explorar cómo el celador influye en la organización y el flujo de trabajo en la unidad de traumatología.

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; traumatología AND unidades de traumatología AND centros de traumatología.

☒ Las palabras claves utilizadas han sido; traumatología, unidades de traumatología, centros de traumatología.

4 Resultados

Se encontraron 6 artículos, de los cuales se seleccionaron 4 que cumplían los criterios de inclusión. Los resultados de este estudio resaltan que el celador en traumatología desempeña un papel crucial en la organización, la logística y la asistencia durante los procedimientos y cuidados traumatológicos. Sus funciones incluyen desde la preparación de los espacios de atención hasta el transporte seguro y eficiente de los pacientes. El celador también contribuye a mantener la eficiencia y el orden en la unidad de traumatología.

Las funciones de un celador en el área de Traumatología en un hospital o centro de salud pueden variar según la institución y sus políticas internas. Sin embargo, en general, un celador en Traumatología desempeña un papel crucial en el cuidado de los pacientes y el funcionamiento eficiente del servicio. A continuación, se detallan algunas de las funciones que un celador puede realizar en este entorno:

1. **Traslado de pacientes:** Los celadores en Traumatología se encargan de trasladar a los pacientes desde sus habitaciones o áreas de admisión a las salas de tratamiento, quirófanos, salas de rayos X, etc. Es importante que lo hagan con cuidado y empatía, ya que muchos Los pacientes pueden estar experimentando dolor o incomodidad debido a sus lesiones.
2. **Ayuda en la movilización de pacientes:** Los celadores pueden ayudar a los pacientes a moverse dentro del hospital, especialmente si tienen dificultades para caminar debido a una lesión traumática. Esto puede incluir el uso de sillas de ruedas o camillas, así como proporcionar apoyo para que los pacientes se levanten o se acuesten.
3. **Transporte de material médico:** Los celadores pueden ser responsables de transportar equipos médicos y suministros necesarios para los procedimientos de Traumatología, como radiografías, escayolas, férulas y otros dispositivos ortopédicos.
4. **Colaboración en la preparación de quirófanos:** En caso de cirugía ortopédica, los celadores pueden ayudar en la preparación de las salas de operaciones, asegurándose de que estén debidamente equipadas y esterilizadas para el procedimiento.
5. **Apoyo al personal médico y de enfermería:** Los celadores pueden colaborar con el personal médico y de enfermería en tareas que no requieren habilidades médicas específicas, como la obtención de historiales médicos, la administración de documentos y la asistencia en procedimientos menores.
6. **Mantenimiento del orden y la limpieza:** Es importante mantener las áreas de

Traumatología limpias y ordenadas para garantizar un entorno seguro y eficiente. Los celadores pueden ser responsables de mantener la limpieza de las áreas comunes y las camas de los pacientes.

7. Atención a familiares y visitantes: Los celadores también pueden proporcionar orientación a los familiares y visitantes de los pacientes, ayudándoles a encontrar las salas de espera o a comunicarse con el médico personal cuando sea necesario.

8. Registro de información: En algunos casos, los celadores pueden estar a cargo de registrar información básica sobre el estado de los pacientes o los procedimientos realizados, asegurándose de que se mantenga un registro adecuado.

Es importante destacar que estas funciones pueden variar según el hospital o centro de salud, y algunos celadores pueden desempeñar roles adicionales o tener responsabilidades específicas según las necesidades de la institución. La clave para un celador en Traumatología es proporcionar apoyo y cuidado a los pacientes de manera eficiente y compasiva, contribuyendo así al funcionamiento efectivo del servicio de Traumatología.

5 Discusión-Conclusión

A través de los datos obtenidos se puede concluir que el celador juega un papel crucial en el servicio de traumatología, contribuyendo significativamente a la calidad de atención y la seguridad de los procedimientos traumatológicos. Su labor en la logística, la asistencia y la colaboración con el equipo médico es esencial para el éxito de los tratamientos y la comodidad de los pacientes. El celador es un componente esencial en la atención traumatológica integral.

El celador deberá tener suficientes conocimientos científicos y prácticos para la realización de este tipo de técnicas. Deberá tener madurez física y psicológica a la hora de tomar decisiones de manera individual y multidisciplinar. Deberá conocer los protocolos y las actuaciones de dicha técnica. Respetará la intimidad del paciente en todo momento.

6 Bibliografía

1. Crespo, A.R., Alamillo, M.Á.T., & Ortuño – II Congreso Virtual SICEPA – USIPA «2022: Sanidad, un trabajo en equipo»; 18 de junio de 2021 [consultado el 5 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://congresosicepa.com/plantas-hospitalizacion/>.
2. <https://www.appf.edu.es>
Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf (sanidad.gob.es)

3. Importancia de la posición quirúrgica y sus complicaciones. Escrito por HILDA ARIAS VERA.
4. Complicaciones y prevención en las posiciones quirúrgicas más comunes. Escrito por ÚRSULA BENITO GONZÁLEZ.
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 395

EL CELADOR EN GERIATRÍA

PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO

DAVID PECERO BALSERA

JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA

JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA
CAÑADILLA

IZAN BELDAD GARCÍA MORENO

1 Introducción

La geriatría es una rama de la medicina que se especializa en el cuidado de las personas mayores, especialmente en lo que respecta a la salud, el bienestar y los problemas médicos y psicológicos que afectan a este grupo de edad. Una planta de geriatría es una unidad o área en un hospital, centro de atención médica o residencia de ancianos diseñada específicamente para brindar atención médica y cuidados a pacientes geriátricos, es decir, a personas mayores. Estas instalaciones están equipadas y diseñadas para satisfacer las necesidades de los pacientes de edad avanzada, que a menudo tienen condiciones médicas crónicas y requieren una atención especializada. Los profesionales de la geriatría, conocidos como geriatras, se centran en evaluar y tratar las necesidades médicas y sociales de las personas mayores, así como en mejorar su calidad de vida. En este contexto, el papel del celador es fundamental para garantizar el bienestar, la comodidad, cuidados y la dignidad de los pacientes geriátricos desde su llegada a esta unidad hasta que se marchan de ella. Este trabajo tiene como objetivo explorar en detalle

el rol del celador en geriatría, sus responsabilidades y su contribución a la calidad de vida de los pacientes ancianos y apoyo a los familiares.

2 Objetivos

1. Analizar las responsabilidades y tareas específicas del celador en el ámbito de la geriatría.
2. Comprender cómo el celador contribuye a mantener el confort y la dignidad de los pacientes geriátricos.
3. Evaluar la importancia de la relación del celador con el personal médico y los pacientes en el cuidado geriátrico.
4. Explorar cómo el celador influye en la creación de un ambiente de cuidado y apoyo en la atención geriátrica.

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: geriatría AND servicios de salud para ancianos AND asistencia a los ancianos

☒ Las palabras claves utilizadas han sido; geriatría, servicios de salud para ancianos, asistencia a los ancianos

4 Resultados

Se encontraron 7 artículos, de los cuales se seleccionaron 5 que cumplieran los criterios de inclusión. Los resultados de este estudio resaltan que el celador en geriatría desempeña un papel esencial en el confort, la dignidad y el apoyo emocional de los pacientes ancianos. Sus responsabilidades abarcan desde la colaboración con el personal médico hasta el acompañamiento y la asistencia en las actividades diarias de los pacientes. El celador también contribuye a crear un ambiente de cuidado y respeto en el cuidado geriátrico.

El papel del celador en geriatría es esencial para proporcionar cuidados y apoyo a los residentes de hogares de cuidados geriátricos y en entornos similares. Sus responsabilidades varían según la institución y las necesidades específicas de los residentes, pero generalmente incluyen:

1. Supervisión y seguridad: Garantizar la seguridad y el bienestar de los residentes es una de las funciones principales de un celador en geriatría. Esto implica prevenir caídas, ayudar con la movilidad y estar alerta a cualquier señal de peligro.
2. Asistencia en las actividades de la vida diaria (AVD): Ayudar a los residentes con tareas cotidianas como la higiene personal, vestirse, asearse, comer y movilizarse. Esto puede incluir ayudar con el uso del baño, cambiar pañales o mantener la higiene bucal.
3. Transferencias y movilidad: Ayudar a los residentes a moverse de la cama a una silla, silla de ruedas o a caminar, dependiendo de sus necesidades y capacidad funcional.
4. Apoyo emocional: Brindar compañía y apoyo emocional a los residentes. Escuchar sus preocupaciones, mostrar empatía y ser un amigo en momentos de soledad.
5. Observación y reporte: Estar atento a cambios en la salud o el comportamiento de los residentes y notificar al médico personal o de enfermería cuando sea necesario. Esto puede incluir la detección de signos de deterioro cognitivo, infecciones o problemas médicos.
6. Distribución de medicamentos: En algunos casos, los celadores pueden estar involucrados en la administración de medicamentos bajo supervisión de personal de enfermería o médico.
7. Acompañamiento y recreación: Organizar actividades recreativas y terapéuticas para los residentes, como juegos, ejercicios, lectura o paseos al aire libre. También pueden acompañar a los residentes a citas médicas o actividades fuera del centro.
8. Mantenimiento del entorno: Contribuir al mantenimiento de un ambiente limpio y seguro para los residentes. Esto incluye la limpieza de las áreas comunes, la organización de las habitaciones y la gestión de suministros.
9. Comunicación: Mantener una comunicación efectiva con el médico personal, de enfermería y otros miembros del equipo de atención para garantizar que se brinde una atención integral y coordinada.
10. Apoyo en emergencias: Saber cómo actuar en situaciones de emergencia, como incendios, evacuaciones o situaciones médicas críticas, y colaborar con el personal de emergencia.

Es importante destacar que el rol del celador en geriatría es fundamental para

el bienestar de los residentes, ya que su presencia y apoyo son vitales para proporcionar una atención de calidad en entornos de cuidado de personas mayores. Además, deben trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y personalizada.

5 Discusión-Conclusión

A través de los datos obtenidos en diversos estudios podemos concluir que el celador en geriatría tiene un impacto significativo en la calidad de vida y el bienestar de los pacientes ancianos.

El celador en esta unidad debe de ser una persona disciplinada, debe poseer conocimientos científicos, habilidades, actitudes y valores. Deberá tener los conocimientos suficientes de los diferentes protocolos que se utilizan en la unidad. Con madurez física y psicológica que le permitan la toma de decisiones junto con el resto del equipo. Además, estos profesionales deberán poseer cualidades y capacidades para enfrentarse a este tipo de unidad.

El celador colaborará para que el paciente esté en un ambiente cómodo y agradable para conseguir el mayor bienestar posible del paciente y familiares.

6 Bibliografía

1. El celador de las instituciones sanitarias públicas. María del Carmen Cueva Gutiérrez. Editorial Alcalá Grupo (2018).
2. El celador ante el paciente geriátrico. José María Garrido Miranda. Editorial Logoss S.L.
3. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Francisco Guillén, Jesús Pérez del Molino, Roberto Petidier. Editorial Masson.
4. Real Decreto 1790/2011, de 16 de diciembre, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, mediante el establecimiento de dos cualificaciones profesionales correspondientes a la familia profesional Sanidad.
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 396

EL CELADOR EN URGENCIAS

PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO

DAVID PECERO BALSERA

JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA

JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA
CAÑADILLA

IZAN BELDAD GARCÍA MORENO

1 Introducción

Las urgencias hospitalarias se refieren a la atención médica que se brinda a pacientes que requieren atención inmediata debido a enfermedades o lesiones graves. Estas urgencias pueden variar en gravedad y pueden incluir una amplia gama de situaciones médicas, desde problemas médicos menores hasta afecciones potencialmente mortales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define urgencia como “la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”.

La OMS define emergencia como “aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos”.

En el servicio de urgencias es necesario que exista coordinación, además de trabajo en equipo entre los diferentes profesionales sanitarios, para el desempeño de las funciones que cada uno de ellos debe realizar para el buen funcionamiento

del servicio y brindar una existencia de calidad. El rol del celador en urgencias es esencial para garantizar la organización, eficiencia y seguridad en la atención de pacientes en situaciones críticas. El propósito de este trabajo es explorar en profundidad el papel y las responsabilidades del celador en el área de urgencias, así como su contribución al funcionamiento fluido de estos entornos altamente demandantes.

2 Objetivos

1. Analizar las responsabilidades y funciones del celador en el área de urgencias.
2. Comprender cómo el celador contribuye al flujo de trabajo y la logística en un entorno de urgencias.
3. Evaluar la importancia de la colaboración entre el celador y el personal médico y de enfermería en situaciones de emergencia.
4. Explorar cómo el celador influye en la experiencia del paciente y su familia en el área de urgencias.

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: asistencia ambulatoria AND urgencias AND servicio médico de urgencias

☒ Las palabras claves utilizadas han sido; asistencia ambulatoria, urgencias, servicio médico de urgencias.

4 Resultados

Se encontraron 8 artículos, de los cuales se seleccionaron 6 que cumplían los criterios de inclusión. Los resultados de este estudio destacan que el celador en urgencias cumple diversas funciones esenciales, que van desde el transporte seguro de pacientes hasta la logística de suministros médicos y el apoyo emocional

a los pacientes y sus familias. Se observa que la colaboración estrecha entre el celador y el personal médico y de enfermería es vital para la coordinación eficaz de la atención en situaciones de urgencia.

El trabajo de un celador en urgencias es fundamental para el funcionamiento eficiente de un departamento de urgencias en un hospital o centro de salud. Las funciones de un celador en urgencias pueden variar según la institución y su ubicación geográfica, pero en general, incluyen las siguientes responsabilidades:

1. Transporte de pacientes: Los celadores en urgencias son responsables de transportar a los pacientes de manera segura desde la sala de espera o la ambulancia hasta la sala de tratamiento o la habitación asignada. Esto puede incluir el uso de camillas, sillas de ruedas o cualquier otro equipo necesario.

2. Asistencia al médico personal: Los celadores en urgencias colaboran estrechamente con el médico personal y de enfermería para proporcionar apoyo en la atención de los pacientes. Pueden ayudar en la movilización de pacientes, la preparación de equipos médicos o en tareas de soporte durante procedimientos médicos.

3. Mantenimiento del orden y limpieza: Es importante mantener un ambiente limpio y organizado en un departamento de urgencias para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal. Los celadores suelen colaborar en la limpieza de camas, sillas, salas y áreas comunes.

4. Transporte de suministros: Los celadores pueden ser responsables de transportar suministros médicos y equipos desde el almacén hasta las áreas de tratamiento y de asegurarse de que los suministros estén disponibles cuando sea necesario.

5. Acompañamiento de pacientes y familiares: Los celadores a menudo acompañan a los pacientes y sus familiares a diferentes áreas del hospital, brindándoles apoyo emocional y asegurándose de que estén informados sobre el proceso de atención.

6. Comunicación: Los celadores pueden ser el punto de contacto inicial para los pacientes y sus familiares, por lo que deben tener buenas habilidades de comunicación y empatía para responder a preguntas y preocupaciones de manera efectiva.

7. Seguridad: Los celadores deben estar atentos a la seguridad de los pacientes y del personal. Esto puede incluir la identificación de situaciones de riesgo, como caídas potenciales, y la toma de medidas para prevenirlas.

8. Colaboración en situaciones de emergencia: En situaciones de emergencia, como un código azul o una catástrofe, los celadores pueden desempeñar un papel importante en la evacuación de pacientes, el transporte de heridos y la colabo-

ración con el personal de emergencia.

Es importante destacar que las funciones de un celador en urgencias pueden variar de un lugar a otro y pueden estar sujetas a políticas y procedimientos específicos de la institución de salud. Además, la capacitación y la formación adecuada son esenciales para desempeñar estas funciones de manera eficaz y segura.

5 Discusión-Conclusión

El celador y el resto de profesionales rotan por las diferentes áreas asistenciales del servicio de urgencias, por lo que deben tener conocimientos sobre técnicas y procedimientos a realizar en las diferentes áreas de urgencias para dar la mejor calidad asistencial y cuidados sanitarios en el servicio de urgencias. El celador en urgencias desempeña un papel crucial para asegurar que los procesos operativos sean fluidos. Su influencia en la experiencia del paciente y su familia es significativa, ya que su presencia brinda una sensación de seguridad y apoyo en momentos críticos.

La comunicación con el resto de profesionales, así como la capacidad de generar confianza y seguridad en el paciente son factores imprescindibles que el celador debe tener en cuenta.

6 Bibliografía

1. El celador en el área de urgencias (9788499313726)
José Félix Martínez López.
2. Ana María López García. FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. Incluido en la revista Ocronos. Vol. V. Nº 5–mayo 2022. Pág. Inicial: Vol. V; nº5: 11.
3. María del Pilar Martínez Vuelta. ACTUACIÓN DEL CELADOR EN URGENCIAS. Incluido en la revista Ocronos. Vol. III. Nº 5 – septiembre de 2020. Pág. Inicial: Vol. III;nº5:511.
4. Editorial CEP. Celador/a. SERMAS. ISBN 9788419173232,
5. Editorial MAD. Celador/a. SAS. ISBN 9788414260340.
6. Editorial ADAMS. Celador/a. SERMAS ISBN 9788411160568

Capítulo 397

EL CELADOR Y SUS PRICIPALES FUNCIONES EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

ARIANNY TATIANA ZAMBRANO MUÑOZ

MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA

MIGUEL CARRILLO GARCIA

DAVID CANO GOMEZ

ERIC OCAÑA FERNANDEZ

1 Introducción

El celador, juego un papel de vital importancia en la unidad hospitalaria de rehabilitación, no solo debe dominar la movilización de los pacientes, sino también conocerla, sobre todo a la hora de realizar los cambios posturales y tener una correcta higiene postural.

En el servicio de rehabilitación acuden aquellos pacientes que precisan de una ayuda por diversas causas, entra la que nos encontramos la alteración de la movilidad de los pacientes. Por eso mismo, en el servicio de rehabilitación se encuentran incluidas diversas especialidades médicas.

En los servicios de rehabilitación, se trabaja de una forma multidisciplinar, en la cual se encuentra integrada por profesionales sanitarios, como son el personal de enfermería, fisioterapeutas, médicos, terapeutas ocupaciones, rehabilitadores,

así como también el personal de gestión y servicios, como son los auxiliares administrativos y los celadores.

El celador del servicio de rehabilitación, requiere un tipo de funciones relacionadas con unas condiciones físicas aptas, para el esfuerzo que deben realizar, ya que estas funciones van directamente para ayudar al personal requerido para ellas, que son los fisioterapeutas, ya que les ayudan a realizar los movimientos de los pacientes en diferentes ejercicios de la rehabilitación. También para ayudarles a colocarse de una manera adecuada para que se pueda trabajar bien con ellos.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán describir y conocer las principales funciones de un 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 que trabaja en el servicio de rehabilitación, tiene unas funciones peculiares, las cuales requieren de que estos trabajadores tengan y cuenten con unas condiciones físicas que estén adaptadas al esfuerzo que tienen que realizar. Entre las funciones que desarrollan, nos encontramos las siguientes:

- Deben avisar al personal de seguridad, cuando se llegue a producir alguna situación incómoda con algún visitante o algún intruso que pueda causar algún conflicto.
- Transporte de la documentación que se les deja a cargo, así como del traslado de las comunicaciones verbales.
- Deben estar localizados mientras dura su jornada de trabajo, pueden ser llamados en cualquier momento para la realización de alguna de las funciones que les pertenecen.

- Prestar ayuda a los fisioterapeutas y al resto de personal que trabaje en la unidad de rehabilitación para movilizar a los pacientes.
- Cuidado de los pacientes y del resto de personas que se encuentren visitando a estos, cuidando todas las instalaciones y de los objetos que se encuentren en ellas, para evitar el deterioro.
- Serán los encargados de la limpieza de aquellas zonas que les sean encomendadas.
- Si encuentra algún tipo de desperfecto en el mobiliario o en las instalaciones que componen la unidad de rehabilitación, deben avisar a sus superiores para que quede constancia de los mismos.
- Darán información sobre las anomalías que se puedan llegar a encontrar en el servicio de rehabilitación sobre el tema de la limpieza para que se solucione cuanto antes.
- Son los encargados de que se cumpla y exija el máximo silencio posible dentro de las dependencias de este servicio, siempre procurando que todo se encuentre en orden que les confíen.
- Trasladarán ciertos materiales de una zona a otra, como son los muebles o algún aparato que se requiera en otra zona.

5 Discusión-Conclusión

El celador, cuando actúa con pacientes con una movilidad limitada, debe ayudar y asistir a los fisioterapeutas, en la sujeción y movilización de los usuarios del servicio de rehabilitación.

El porcentaje de pacientes que tienen un problema de movilidad limitada o reducida es bastante elevado, si lo comparamos a otras áreas de un centro hospitalario, por eso el celador no es en la última instancia el principal responsable de este tipo de tratamiento rehabilitador, sino que presta su ayuda en cuanto a la movilización, sujeción y acomodo de los pacientes que están siendo sometidos a este tipo de terapias es fundamental.

6 Bibliografía

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

Capítulo 398

EL CELADOR Y EL RASURADO DE PACIENTES MASCULINOS INGRESADOS PARA UNA OPERACIÓN

ARIANNY TATIANA ZAMBRANO MUÑOZ

MIGUEL CARRILLO GARCIA

ERIC OCAÑA FERNANDEZ

DAVID CANO GOMEZ

MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA

1 Introducción

Hay dos formas para que los pacientes ingresen al bloque quirúrgico para una operación:

- Intervención planificada: Para ello, el paciente se preparará para la intervención en casa y se realizarán las pruebas de anestesia necesarias. La parte del cuerpo que será operada ya ha sido afeitada por el paciente en casa antes de llegar a la cirugía.
- Intervención en caso de emergencia: La parte del cuerpo que será operada no será afeitada porque el paciente no podrá prepararse para el procedimiento en casa.

La orden del 5 de julio de 1971 establece la responsabilidad del celador de afeitar al paciente varón que será operado. La normativa relativa a esta función establece la siguiente información:

- “Afeitarán a los pacientes varones que estén siendo intervenidos quirúrgicamente en las partes de su cuerpo que las necesiten si el peluquero no está presente o si el tratamiento es urgente”.

El procedimiento que sigue el celador durante el afeitado de la parte del cuerpo que necesitará una intervención urgente será resumido brevemente durante el desarrollo de este capítulo científico.

En las salas de hospital, en los dos escenarios, una intervención programada o una intervención de emergencia, que puede experimentar un paciente sometido a cirugía, se ilustran con el afeitado de los pacientes masculinos.

2 Objetivos

Explicar las acciones del celador mientras afeita al paciente masculino y enumerar los insumos necesarios para utilizar la técnica del afeitado.

3 Metodología

Como parte de la investigación para el desarrollo de este capítulo se ha realizado una revisión de la literatura científica ya 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

1-PARA REALIZAR LA TÉCNICA DE AFEITADO, MATERIAL REQUERIDO.

Todos los materiales requeridos deben estar listos antes de comenzar cualquier procedimiento para evitar retrasos causados por tener que detenerse y recolectar materiales: Máquinas de afeitar eléctricas, Cabezales reemplazables, Una afeitadora de un solo uso, Remojo, Ropa de cama, Una esponja, Agua, Jabón, Cuenca y Toalla.

2-PROCEDIMIENTO DEL ORDENADOR DURANTE EL RA SURADO DEL PACIENTE MASCULINO.

Para realizar un afeitado minucioso y suficiente para la intervención es necesario considerar algunas acciones previas a la hora de afeitar al paciente.

- Para realizar el afeitado más fácilmente, primero coloque al paciente en la mejor postura. La parte del cuerpo que se debe afeitar determinará la posición.

- Para evitar manchas en la ropa de cama del paciente, esta también estará cubierta con almohadillas o sábanas.
- En tercer lugar, se utilizará una esponja para humedecer la zona del cuerpo que se afeitará. Para ello se utilizará una palangana con agua y jabón. Se afeitará al paciente en la dirección del crecimiento del vello después de preparar la zona del cuerpo.
- Para evitar cortes en la piel, se tendrá especial cuidado en las zonas propensas a tener pliegues.
- Se limpiará la parte del cuerpo para poder retirar el vello afeitado y poder ver el vello restante.
- Se afeitará el resto del vello corporal.
- Una vez finalizado el proceso de afeitado, el área se enjuagará minuciosamente y se secará con una toalla.
- Si ocurre un corte involuntario, se alertará al equipo de enfermería para que puedan comenzar a limpiar la herida o corte.
- Una vez retiradas las almohadillas, el paciente estará cubierto para evitar la congelación, teniendo cuidado de no dejar manchas de pelo afeitado en la cama.

5 Discusión-Conclusión

Esta función se remonta al año 1971, cuando los celadores eran exclusivamente empleados varones. Como resultado, la ley solo especifica que se realice en pacientes masculinos, en ese momento, la mayoría de los pacientes eran mujeres. Como resultado, esta función en algunos centros de salud ha sido sustituida por técnicos auxiliares de cuidados de enfermería, que ahora se encargan de afeitar a los pacientes.

Además, se ha confirmado que cuando el peluquero del hospital no esté presente, el celador deberá afeitar al paciente masculino que tiene programada una cirugía urgente. Es necesario señalarlo.

El procedimiento que sigue el celador durante el afeitado de la parte del cuerpo que necesitará una intervención urgente será realizado con precaución y discreción.

6 Bibliografía

- 1- Orden del 5 de Julio de 1971.
- 2- Temario de celadores del servicio de salud de Castilla-La Mancha. España. Centro de estudios Adams. 2007

Capítulo 399

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON EL ENFERMO MENTAL INGRESADO EN PSIQUATRÍA

ARIANNY TATIANA ZAMBRANO MUÑOZ

MIGUEL CARRILLO GARCIA

ERIC OCAÑA FERNANDEZ

DAVID CANO GOMEZ

MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA

1 Introducción

Una de las ramas de la medicina que se centra en la identificación, tratamiento y prevención de enfermedades mentales es la psiquiatría. También algunos trastornos de personalidad y de conducta.

Se considera gozar de buena salud a un estado general de bienestar físico, mental y emocional, y este no es solo el resultado de la ausencia de enfermedad.

Debido a los cambios en muchas áreas, últimamente ha aumentado el número de casos y de personas que requieren asistencia psiquiátrica. Como respuesta a la propagación de este tipo de enfermedades se han desarrollado hospitales de día, comunidades terapéuticas, centros de salud mental, apartamentos protegidos, entre otros. Estos acontecimientos provocarán la desaparición de los llamados hos-

pitales psiquiátricos, donde anteriormente los enfermos mentales eran admitidos o encarcelados, sacándolos efectivamente de la sociedad.

Las siguientes instituciones conforman la red de centros con experiencia en patología psiquiátrica:

- Formas arquitectónicas intermedias.
- Unidades de hospitalización de personas con enfermedades mentales.
- Instalaciones para la salud mental.

Una gran parte de las funciones de un celador en una unidad de psiquiatría implican tener contacto directo con los pacientes, y sus funciones son muy variadas. Cuando se trabaja con paciente tiene una responsabilidad significativa e importante que tienen rasgos únicos o que se comportan de una manera particular.

2 Objetivos

- Describir los roles que desempeña un celador con un paciente 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

Los celadores desempeñarán dentro de la Unidad de Psiquiatría las siguientes funciones:

- El cuidador paseará con los pacientes y el resto del personal médico por las zonas ajardinadas junto al Centro de Salud.
- Traslado de pacientes a las Unidades y Consultas correspondientes del Centro de Salud.
- No discutirán los diagnósticos, pruebas o tratamientos de los pacientes (y, lo más importante, el pronóstico de su enfermedad) con los familiares de los pacientes ni cuando los pacientes vengan de visita.
- Cuidarán el medio ambiente y el entorno de los pacientes, bajando las persianas por la noche y subiéndolas por la mañana.

- Trabajar conjuntamente con otros profesionales de esta unidad para calmar a los pacientes agitados, como por ejemplo sosteniendo a pacientes agitados que requieran sujeción mecánica.
- Velarán por la adecuada armonía y orden de los pacientes.
- Control de la distribución de tabaco a todos los pacientes cuyo tratamiento haya sido aprobado.
- Los pacientes que lo requieran recibirán asistencia en materia de higiene personal.
- Deben abstenerse de realizar tareas que sean no es apropiado para su categoría, ya que hacerlo podría resultar en acusaciones de usurpación de autoridad e interferencia con el trabajo de otros.
- Apoyarán al personal médico en el tratamiento de pacientes que no cooperan y en la administración de inyectables.
- Seguimiento de los pacientes que no quieren asearse para animarles a hacerlo.
- En la farmacia recogerán el medicamento y otros artículos.
- Regularán quién entra y sale de esta Unidad y cómo se desplaza.
- Cuando los pacientes salgan a espacios reducidos o de paseo, serán vigilados.
- Vigilarán todas las puertas de entrada y salida de las unidades de control.

5 Discusión-Conclusión

Dado que una de las principales responsabilidades del portero es comunicarse con los pacientes, desempeña un papel crucial en ayudar a los pacientes que padecen enfermedades mentales. Los celadores deben hablar con los pacientes y sus familiares con el máximo respeto y familiaridad, teniendo en cuenta las circunstancias que atraviesan, así como a los propios pacientes.

Si el paciente o sus familiares están tensos o molestos, el asistente debe hablarles de manera educada.

Es fundamental que los enfermos mentales sean tratados con amabilidad y decencia y, sobre todo, que reciban la mayor atención posible, para evitar que piensen que solo nos preocupamos por sus problemas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 400

MEJORA DE LAS FUNCIONES DEL CELADOR ANTE UN DECESO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

GUILLERMO MORENO PÉREZ

RAFAEL RODRIGUEZ MORALES

MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ

ALFONSO GANFORNINA CAMPOS

JOSE MARIN GARCIA

1 Introducción

El celador, en su quehacer diario en un hospital, tiene que contender con multitud de pacientes, familiares y profesionales de distintas categorías. Una buena relación con todos ellos puede marcar la diferencia entre un trato con un profesional u otro.

Queremos hacer hincapié en el trato correcto, tanto en cuestión de funciones del celador profesionalmente hablando, como el trato respetuoso con los pacientes, familiares, acompañantes de pacientes y compañeros de trabajo de un hospital. El celador, entendiendo cuáles son sus funciones concretas, en este caso ante un deceso o fallecimiento en una planta hospitalaria, y entendiendo también como puede mejorar el trato hacia las demás personas que le rodean en estas circunstancias, ayudaremos a una correcta intervención profesional ante un deceso.

Por otra parte, vamos a investigar la importancia de empatizar sobre todo con lo familiares que recientemente han perdido a un ser querido, puesto que está en las manos del celador, al igual que de otros profesionales de la salud que tratan cercanamente, como nosotros a los pacientes y acompañantes de estos, poder mejorar la atención no solo hacia el paciente fallecido, si no a sus familiares que están pasando por un momento dolorosos en sus vidas.

Puntualizaremos como ayuda al celador, las distintas fases del duelo, para comprender mejor las diversas reacciones que un acompañante o familiar puede tener ante un fatal desenlace, consecuencia de un repentino accidente, o una larga enfermedad.

2 Objetivos

Explicar las fases del duelo.

Describir las funciones y aspectos a tener en cuenta por el celador ante un deceso en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, hemos llevado a cabo una investigación a través del uso de recursos electrónicos, por diversas páginas webs y trabajos realizados en internet, buscando bibliografía sobre la literatura existente sobre el tema que nos trae a estudio, seleccionando publicaciones revisadas que nos pudieran ayudar a completar nuestro estudio.

4 Resultados

La pérdida de un ser querido es siempre dolorosa, tanto si es consecuencia de una larga enfermedad, como si es por un trágico accidente. En cualquier caso, al igual que los demás profesionales en el ámbito sanitario, deberemos tener en cuenta, como celadores, las fases del duelo de los familiares, y tratarles educadamente empatizando con su dolor.

Según el Tratado de Psiquiatría de Kaplan, el proceso de duelo se dividiría en tres etapas, pudiéndose estas superponer, no necesitando finalizar una etapa para pasar a la siguiente, o retroceder a una anterior. Estas etapas resumidas, serían:

1. Shock o Negación. Se producirán sentimientos intensos de separación ante la pérdida. Negación ante ella y aturdimiento del familiar.

2. Angustia aguda y aislamiento. Esta fase podría durar semanas o meses, dando lugar poco a poco a la reorganización de su vida.

Se describen seis componentes de sintomatología física y mental:

A. Sufrimiento somático – Pudiendo aparecer disfagia, ahogo, debilidad, cefalea, flacidez... Estas sensaciones a menudo aparecen al recibir visitas de familiares allegados

B. Pensamientos recurrentes sobre el fallecido

C. Sentimientos de culpa.

D. Enfado y angustia hacia ellos mismos, el fallecido o familiares y amigos cercanos, médicos, Dios....

E. Inquietud, dificultad para el descanso, falta de motivación, abandono.

F. Identificación con el fallecido. Adoptando comportamientos de estos al final de su vida.

3. Reorganización.

Para tener en cuenta de una forma sencilla, según Kübler-Ross, las fases del duelo serían las siguientes:

1. Negación

2. Ira

3. Negociación

4. Depresión

5. Aceptación

Estas fases descritas tienen en cuenta el aspecto emocional de la pérdida, pero no solo deberíamos tener en cuenta este aspecto emocional, sino también el aspecto cognitivo, relacional y el significado que para el familiar puede suponer la pérdida.

Tendremos en cuenta en la intervención del celador ante un deceso, que cada familiar podrá estar aún en una fase u otra del duelo, y que deberemos respetar su reacción ante la pérdida de su ser querido, y respetaremos su intimidad, no involucrándonos si no somos requeridos por ellos, y si lo somos, tratando con empatía y ayudando en nuestras posibilidades a los dolientes.

La actitud de cualquier profesional, y en este caso del celador, deberá ser seria y respetuosa, a la vez de amable, intentando que no llegue a afectarnos emocionalmente para poder ofrecer al familiar un ambiente calmado y que tengamos bajo control.

Tras el fallecimiento de un paciente el celador será requerido por las enfermeras y auxiliares de enfermería de la planta hospitalaria en la que haya ocurrido, llevando a cabo sus funciones de movilización del cadáver y traslado al mortuario,

ayudando a amortajar al paciente bajo las indicaciones de la enfermera y auxiliar de enfermería que lleven dicho paciente a cargo.

Detallaremos las funciones generalizadas del personal celador en los hospitales, ante un éxitus:

- Desalojar amablemente la habitación del fallecido, y poner discretamente un biombo o una cortina entre el paciente compañero de habitación del fallecido.
- Colaborar en el amortajamiento del paciente con enfermeras y auxiliares de enfermería, quién lo requerirán para movilizar el cadáver y facilitar su tarea de amortajamiento. El celador deberá tener sumo cuidado en la movilización del fallecido ya que el peso de este y movimientos bruscos podrían producirle al mismo lesiones cervicales o lumbares. También manipulará el cuerpo con cuidado para evitar la aparición de hematomas en el mismo.
- Podemos ayudar en la correcta identificación del fallecido con etiquetas identificativas.
- Traslado respetuoso del cadáver al mortuorio del hospital, desplazando la camilla con el fallecido bien tapado con una sábana y por pasillos poco concurridos.
- Trato amable a los acompañantes del fallecido.

5 Discusión-Conclusión

Recalcamos la importancia del buen hacer del celador, dentro de sus funciones, de cara a tratar a los familiares en duelo de un paciente fallecido, tratando no solo profesionalmente al fallecido y a estos, sino también humanamente tras perder a su ser querido.

A tener en cuenta será también la ayuda, no solo en el traslado del fallecido, sino también el respeto y comprensión hacia los familiares que puedan pedir al celador un momento para despedirse del ser querido o algún tipo de información sobre el procedimiento a seguir tras el fallecimiento en el ámbito hospitalario.

Ponemos de relieve la importancia de tratar al fallecido con cuidado en su manipulación, al ayudar a enfermeras y auxiliares a su amortajamiento y mostrar respeto hacia el fallecido y al paciente acompañante de habitación de este. Sobre todo debemos atender a los familiares y acompañantes del fallecido con educación y empatía en la habitación y traslado del fallecido hasta el mortuorio o tanatorio del hospital.

6 Bibliografía

1. Revista Sanitaria de Investigación (en línea). El celador y su actuación ante la muerte del paciente. [Consulta: 14 de Septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-y-su-actuacion-ante-la-muerte-del-paciente/>
2. Temario de Celadores. CGT (en línea). Actuación del celador en relación con los pacientes fallecidos. Consulta: 14 de Septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_5.pdf
3. Fundación Mario Losantos del Campo. Blog de ayuda en duelo. [Consulta: 14 de Septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.fundacionmlc.org/teorias-sobre-duelo/>
4. Sociedad Española de Oncología Médica. Manifestaciones del duelo. [Consulta: 14 de Septiembre de 2023]. Disponible en: <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>

Capítulo 401

CARGA DE TRABAJO Y ESTRÉS EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE HOSPITAL

MARI ÁNGELES GARCÍA CARRASCO

1 Introducción

Los hospitales son instituciones complejas que requieren una gestión administrativa eficiente para garantizar un flujo de trabajo sin problemas y una atención médica de calidad. Los auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial en esta gestión, ya que son responsables de tareas como el registro de pacientes, la programación de citas, la facturación y la coordinación de servicios. Sin embargo, esta función crítica a menudo se realiza en un entorno de alta presión, lo que puede resultar en una carga de trabajo significativa y niveles de estrés elevados.

Este trabajo científico se centra en el papel del auxiliar administrativo en entornos hospitalarios y examina la carga de trabajo y el estrés a los que están sometidos. Los auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial en la gestión y organización de la atención médica, pero a menudo enfrentan desafíos relacionados con la sobrecarga de trabajo y el estrés.

Los auxiliares administrativos que se encuentran en las instituciones sociales o en los hospitales se van a enfrentar a diferentes desafíos y cargas de trabajo debido a las funciones que tiene en su puesto de trabajo, es importante abordar esta carga de trabajo para afrontar el problema y fomentar que se cumpla el trabajo de calidad que se espera de ellos para que los pacientes tengan una atención óptima.

2 Objetivos

Dar a conocer a qué tipo de carga de trabajo y estrés está expuesto el auxiliar administrativo en el hospital y formas de las que se puede superar y solventar alguna de las cargas de trabajo.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo unas investigaciones exhaustivas para analizar la naturaleza de la carga de trabajo y se van a recomendar mejoras para aumentar la calidad de vida laboral del auxiliar administrativo. Se ha realizado búsquedas en Google escolar y Pubmed entre otras con las palabras "el auxiliar administrativo de hospital y la carga de trabajo a la que está sometido".

4 Resultados

Los auxiliares se van a enfrentar a diferentes tareas y cargas de trabajo. Algunas de ellas son:

1. Diversidad de Tareas:

Los auxiliares administrativos hospitalarios a menudo realizan una variedad de tareas, desde el registro de pacientes hasta la gestión de citas y la coordinación de servicios médicos. Esta diversidad de funciones puede resultar en una carga de trabajo significativa, ya que deben manejar múltiples responsabilidades al mismo tiempo.

2. Presión Temporal:

La urgencia en la atención médica puede aumentar la presión sobre los auxiliares administrativos para realizar tareas de manera eficiente y sin errores. Esto puede llevar a la sensación de estar constantemente bajo presión y con poco margen de error.

3. Interacción con Pacientes:

La interacción con pacientes y familiares también es una parte importante del trabajo de los auxiliares administrativos. A veces, estas interacciones pueden ser emocionalmente exigentes, especialmente en situaciones delicadas.

Al realizar diversas funciones se van a enfrentar a tareas y esto va a provocar estrés emocional debido a:

1. Sobrecarga Emocional:

La combinación de la carga de trabajo y la interacción con pacientes puede dar lugar a una sobrecarga emocional. Los auxiliares administrativos pueden sentirse abrumados por la responsabilidad de garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada.

2. Falta de Recursos:

En muchos entornos hospitalarios, la falta de personal y recursos puede aumentar la carga de trabajo de los auxiliares administrativos. Esto puede llevar a la sensación de desbordamiento y estrés crónico.

Algunas recomendaciones para evitar la carga de trabajo y el estrés en los auxiliares administrativos hospitalarios se pueden considerar las siguientes recomendaciones:

- Capacitación y Apoyo: Proporcionar capacitación en manejo del estrés y habilidades de gestión del tiempo para ayudar a los auxiliares administrativos a lidiar con la presión laboral.
- Optimización de Procesos: Evaluar y mejorar los procesos administrativos para reducir la carga de trabajo innecesaria y aumentar la eficiencia.
- Personal Adicional: Contratar personal adicional cuando sea posible para aliviar la carga de trabajo existente.
- Apoyo Emocional: Ofrecer servicios de apoyo emocional y asesoramiento para ayudar a los auxiliares administrativos a manejar la sobrecarga emocional.
- Promoción de un Ambiente Saludable: Fomentar un ambiente de trabajo saludable y comprensivo que reconozca y valore la contribución de los auxiliares administrativos.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos hospitalarios desempeñan un papel esencial en la prestación de atención médica de calidad, pero a menudo enfrentan una carga de trabajo significativa y altos niveles de estrés. Es fundamental abordar estos problemas para garantizar la salud y el bienestar de estos profesionales y, en última instancia, mejorar la calidad de la atención médica en los hospitales. La implementación de las recomendaciones mencionadas puede ser un paso importante en esta dirección.

Si estos profesionales se encuentran sobrecargados de trabajo y con estrés, sus funciones van a carecer de la calidad óptima para atender a los pacientes y gestionar los servicios del hospital.

6 Bibliografía

1. de Enfermería Ocronos RM y. Riesgos laborales del auxiliar administrativo sanitario: el trabajo a turnos y nocturno [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [cited 2023 Sep 15]. Available from: <https://revistamedica.com/riesgos-laborales-auxiliar-administrativo-sanitario-turnos-nocturno/>
2. Alcalá F. Funciones del Auxiliar Administrativo Sanitario [Internet]. Formación Alcalá. [cited 2023 Sep 15]. Available from: <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario>
3. Ocronos R. La actuación del auxiliar administrativo de sanidad en secretaría de planta de un hospital [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [cited 2023 Sep 15]. Available from: <https://revistamedica.com/actuacion-auxiliar-administrativo-sanidad-secretaria-planta-hospital/>
4. Homologados AC. Funciones de un auxiliar administrativo en Sanidad: descubre sus competencias [Internet]. APPF.es | Cursos homologados online. APPF.es Cursos Homologados; 2018 [cited 2023 Sep 15]. Available from: <https://www.appf.edu.es/funciones-auxiliar-administrativo-sanidad-descubre-competencias/>
5. Francesc A. Recursos humanos y análisis de la actividad [Internet]. Seap.es. [cited 2023 Sep 15]. Available from: https://www.seap.es/c/document_library/get_file?uuid=a932889c-3b11-4a2b-adbd-fb1ebe7580e0&groupId=10157
6. La figura del auxiliar administrativo en la unidad de salud [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. [cited 2023 Sep 15]. Available from: <https://ocronos.com/libros-publicados-isbn/auxiliar-administrativo-unidad-salud/>

Capítulo 402

APROVECHAMIENTO DEL DEPORTE EN LOS TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD

SONIA MORENO CABEZAS

MARIA JOSEFA MOLINA GIGANTE

CARLOS AUÑON FAJARDO

1 Introducción

La ansiedad está clasificada como miedo, temor, inquietud, puede incluso hacernos sudar, estar intranquilos inquietos, tener palpitaciones, etc. En el siglo XX la psicología cognitivo-conductual definió la ansiedad como un fenómeno de triple reacción: fisiológica, motora y cognitiva: diferenciándolo así del estrés. Podemos afirmar que las manifestaciones de la ansiedad vienen relacionadas por carácter cognitivo, en cambio podemos ver como las del estrés son meramente de tipo físicas.

Los beneficios que el ejercicio físico posee en la ansiedad han sido certificados por varios estudios e investigaciones de la psicología clínica, mejorando así el estado de ánimo y disminuyendo la ansiedad. Poco a poco irán surgiendo progresos en nuestro cuerpo que al final surgen efecto en nuestra mente: liberamos endorfinas que nos hacen estar bien, sustancias químicas totalmente naturales, quitamos de la mente pensamientos impropios que no nos causan ningún bien, esto nos hará alejarnos del círculo de pensamientos tóxicos, ganamos confianza en nosotros mismos, alcanzamos metas nuevas que nos llevan a querer seguir compitiendo

con nosotros mismos, interactuamos más con otras personas, el ejercicio y el salir de casa puede llevarnos a conocer personas nuevas. En definitiva enfrentamos los problemas de forma mucho más saludable.

Un ejercicio de unos 30 minutos diarios es necesario y suficiente para mejorar y prevenir síntomas y signos de ansiedad.

2 Objetivos

Estudiar los beneficios del ejercicio físico adecuado a cada persona, para elaborar un plan en cuanto al tratamiento de los trastornos de la ansiedad, para así promover una buena actitud tanto física como mental.

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

Según un estudio realizado a 4345 personas participativas en edades comprendidas entre los 14 y 80 años tanto hombres como mujeres y encontramos diversos resultados.

Algunos afirmaron que son varios los beneficios que el deporte conlleva para la ansiedad, generando varios beneficios positivos, tanto para la ansiedad como para la depresión, en cambio fueron otros pocos los que manifestaron que el ejercicio físico intenso de forma regular puede ser contraproducente dado que generaría un efecto contrario, si el nivel de intensidad es alto la ansiedad se intensificaría también; por último, habría otro grupo que no sabría especificar bien sus sensaciones.

Por ello manifestamos y creemos que el ejercicio disminuirá la ansiedad en ejercicios menos vigorosos como pueden ser andar o hacer bicicleta moderadamente, y en un tiempo de unos 30 minutos al día de unos tres a cinco días por semana, en un estado de intensidad de bajo a medio, mientras se mantenga el hábito a largo plazo.

No obstante siempre dependerá de la edad, situación mental, situación física y condición sexual.

Por ultimo incidir en que quedan aún varios estudios sobre este tema que nos hagan tener una mayor opinión para así poder verificar y gestionar aún mejor los datos globales a nivel mundial y así nos pueda ayudar a garantizar una buena técnica sobre el uso adecuado del ejercicio en relación con la ansiedad y la depresión.

5 Discusión-Conclusión

Según los estudios publicados la evidencia científica demuestra que existe correlación positiva entre el ejercicio físico realizado con una regularidad y el estado mental, la ansiedad, adaptado a la situación de cada uno entre edad y condición física, estos efectos se ha observado en diferentes edades como niños, jóvenes, adultos y ancianos y en ambos sexos. no obstante necesitaríamos de más estudios dado que depende de la fuente a consultar suele haber irregularidades para ello se necesitan más datos que nos faciliten una veracidad más homogénea. Si bien para estados de ansiedad generalizada y muy elevados se requerirá valoración de un especialista.

6 Bibliografía

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

Capítulo 403

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO Y LA TRAMITACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL. LA PROTECCIÓN DE DATOS

FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ

SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ

ANA BELEN ABELLAN NAVARRO

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

EVA MARIA VELA PALOMINO

1 Introducción

La información sobre la salud es de especial trascendencia. Hoy en día, con la digitalización de los registros médicos y el uso de programas informáticos, la información del paciente está mucho más disponible para los profesionales que prestan servicios en el sistema de salud. Debido las funciones que desempeñan, los auxiliares administrativos tienen acceso a información altamente confidencial sobre una gran cantidad de pacientes.

El conocimiento de la Ley de Protección de Datos y de la normativa sobre esta materia es muy importante para no conculcar los derechos fundamentales recogidos

dos en el artículo 18.4 de la Constitución Española, por el que la ley restringirá el tratamiento de la información para avalar la dignidad, la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el ejercicio pleno de estos derechos.

Si el tratamiento de datos personales no se gestiona adecuadamente, o se utiliza de forma indiscriminada, puede causar daños a las personas porque afecta a sus derechos y libertades. El análisis de riesgos permite realizar una evaluación de los mismos, estableciendo de este modo estrategias que pueden utilizarse para mitigarlos.

Los avances rápidos y continuos en la tecnología, especialmente las tecnologías digitales, requieren medidas para proteger a las personas y garantizar los derechos humanos y fundamentales; en particular sus derechos civiles y familiares, así como la privacidad, la protección de fronteras y otros derechos importantes. Como los datos personales son un tema muy sensible, el personal administrativo debe conocer las normas de protección de datos personales aplicables a nivel nacional y europeo, en particular, el nuevo Reglamento General de Protección de Datos de la UE, en vigor desde el 25 de mayo de 2016.

La normativa entró en vigor el 25 /05/2018. A partir de esa fecha, el Reglamento se aplica de forma independiente como ley nacional. España aprobó el 5 de diciembre la L. O. 3/2018 sobre la protección de datos y que garantiza los derechos digitales, que adapta la normativa española a la europea y deroga casi en su totalidad la Ley Orgánica de Protección de Datos Ley (15/1999).

Los auxiliares administrativos que realizan su trabajo en el sistema sanitario también tienen que gestionar numerosa información del historial de los pacientes. Por ello, es importante comprender los aspectos básicos de la Ley de protección de datos personales y cómo afecta al desempeño de su trabajo.

2 Objetivos

Conocer los conceptos básicos de la protección de datos que debe conocer un auxiliar administrativo que presta servicios en los centros sanitarios.

3 Metodología

La metodología utilizada al realizar este estudio ha consistido en exploraciones bibliográficas de publicaciones en diversas bases científicas de datos como: Scielo, Medline, Dialnet Cuiden y Google Scholar. También se buscó información sobre el tema en revistas y libros especializados.

4 Resultados

El artículo 199.2 del Código Penal establece que acceder de forma indebida a información reservada divulgando los secretos de otra persona se considera delito y como tal puede ser castigado con privación de libertad por un máximo de cuatro años y multa de 12 a 24 meses y de 2 a 6 años de inhabilitación especial para el ejercicio de su profesión.

Este hecho tiene una mayor gravedad si es un funcionario público quien accede de forma indebida a los datos. Esta situación se presenta entre el personal de los servicios de salud, incluidos los auxiliares administrativos.

En el artículo 18.4 de la Constitución Española, el derecho a la protección de datos personales se recoge en diversos capítulos y secciones: Derechos y Deberes Fundamentales, Derechos y libertades y Derechos Fundamentales y Libertades Públicas.

El Auxiliar Administrativo que trabaja en un centro sanitario conocerá la legislación en vigor, que principalmente son:

- L. O. 3/2018 de 5/12, sobre la protección de datos y de los derechos digitales, que supone una adaptación a lo dispuesto en el Reglamento Comunitario de la UE de 2016.
- 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

. Esta Ley recoge en su articulado los siguientes derechos:

- Artículo 4.- Referido a la Información sobre asistencia al paciente.
- Artículo 6.- Referido a la Información Epidemiológica.
- Artículo 7.- Derecho a la Intimidad.
- Artículo 12.- Referido al derecho que asiste al paciente a conocer la Información sobre servicios y unidades asistenciales.
- Artículo 13.- Referido a la posibilidad de poder elegir especialista médico y centro sanitario.
- Artículo 18.- Referido al derecho que asiste al paciente al acceso a la Historia Clínica.
- Artículo 19.- Referido al derecho a la salvaguarda del historial médico del paciente.

La historia clínica de los pacientes es confidencial y para acceder a ella deberán

contar con la autorización del paciente o precepto legal. Tanto los médicos, enfermeras, auxiliares administrativos o cualquier persona con acceso al historial del paciente son los que tienen acceso al conocimiento de información confidencial. Las instituciones sanitarias deben establecer mecanismos para el almacenamiento proactivo y cuidadoso de los historiales médicos.

Con el comienzo de la aplicación de la L. O. 3/2018 el 6 de diciembre de 2018, la prioridad fue la protección de los datos personales y los derechos digitales, el objetivo principal de la ley que se contiene en el artículo 1 es la protección adecuada de dicha información.

Con la finalidad de adaptarse al Reglamento de la Unión Europea 2016/679 sobre protección de datos personales y la movilidad de estos datos, es necesario complementar la legislación española sobre esta materia. Esta adaptación es necesaria para alinearse con la normativa marcada por el Parlamento Europeo y el Consejo, de fecha 27 de abril de 2016.

5 Discusión-Conclusión

La obligación de privacidad de los datos de índole personal y de los derechos digitales de las personas con posibilidad de acceso a los mismos está recogido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 3/2018 conforme la Reglamento de la Unión Europea 2016/679.

Esta obligación de confidencialidad será complementaria con el deber de guardar el secreto profesional y dichos deberes deben mantenerse, aunque haya finalizado la relación.

El procesamiento de los datos personales debe realizarse de tal forma que se garantice una seguridad apropiada, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento de la Unión Europea. Esto incluye la salvaguarda contra el tratamiento de los datos que no hayan sido autorizados u obtenido de forma ilegal, así como la destrucción de estos datos de forma accidental o pérdida.

Es, por tanto, que los auxiliares administrativos, para poder cumplir su trabajo de la manera más eficiente posible, deben siempre cumplir estas recomendaciones. Tanto las instituciones nacionales e internacionales han considerado de especial relevancia la protección de los datos personales

Para poder proteger los datos que son gestionados con tanta cantidad de información en los sistemas de salud, se establecieron organismos para velar por el cumplimiento de las normas reguladoras.

Al mismo tiempo, se hacen campañas para concienciar a los usuarios y trabajadores sobre estas materias.

Los Auxiliares Administrativos al tener acceso a información de un número importante de pacientes tienen que conocer en profundidad la Ley de Protección de Datos y la aplicación de este conocimiento a su trabajo.

6 Bibliografía

1. Martínez, C. A., Gómez, A. D. R., Montoro, F. I., Mañas, J. L. P., Reigada, T., Varela, B. A., & Landa, I. U. (2018). Reglamento general de protección de datos: Hacia un nuevo modelo europeo de protección de datos. Editorial Reus.
2. Mañas, J. L. P. (2016). Reglamento general de protección de datos. Revista del Consejo General de la Abogacía, (98), 26-29.
3. Zaballos Pulido, E. (2013). La protección de datos personales en España: evolución normativa y criterios de aplicación.
4. España, J. D. E. (2008). 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: texto íntegro y colección de test. CEP.
5. Europea, U. (2021). Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales ya la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) (Texto pertinente a efectos del EEE).

Capítulo 404

EL PINCHE HOSPITALARIO Y LA PEQUEÑA MAQUINARIA EN COCINA

MARÍA MADRID MARTÍNEZ

SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ

MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO

ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO GARCÍA

JUAN MANUEL GONZALEZ SANCHEZ

1 Introducción

En un entorno hospitalario existen varios tipos de equipos de cocina que se utilizan para preparar y servir comidas a los pacientes. Estos instrumentos y equipos están especialmente diseñados para cumplir con los estándares de higiene y seguridad alimentaria requeridos en entornos médicos. Dentro de estos equipos podemos hacer mención a los aparatos considerados como pequeña maquinaria, que estarán distribuidos de manera estratégica, y según su uso, por las diferentes zonas de la cocina del hospital, como pueden ser el cuarto frío, cuarto de verduras, cuarto de carnes, cuarto de pescado, zona de elaboración, etc. Cada máquina ha de ser limpiada y desinfectada, siguiendo los protocolos de limpieza y seguridad alimentaria, desmontando todas las posibles partes, eliminando así los restos de alimentos que estuvieran adheridos al aparato. Además, se han de limpiar todas aquellas partes de la máquina que no se puedan desmontar, con precaución para evitar mojar las zonas que contengan el motor del aparato, evitando así el

deterioro del mismo y además previniendo un posible accidente laboral para la persona que lo utilice en el futuro. El pinche de cocina ha de dejar la pequeña maquinaria perfectamente montada y lista para su siguiente uso en el próximo turno de trabajo.

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es dar a conocer parte de la pequeña maquinaria, que utiliza el pinche, en la cocina de un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación se presentan, algunas de las pequeñas maquinarias de cocina más comunes, que se encuentran en la cocina hospitalaria:

- Peladora: Estará situada en el cuarto de verduras. Se utiliza para quitar la piel a patatas y otras hortalizas. Tiene forma cilíndrica y su interior es áspero. Está conectada a la corriente eléctrica y a una toma de agua. Funciona a modo de centrifugadora, eliminando la piel de la patata y desechándola por una abertura inferior. El pinche puede preparar también patatas torneadas en esta máquina.
- Picadora: Estará situada en el cuarto de carnes. Este aparato se utiliza para trocear la carne en pedazos muy pequeños, aunque a veces, también se utiliza para picar hortalizas. Su uso suele ser un dispositivo eléctrico, aunque a veces, puede ser manual, donde el pinche tiene que girar una manivela. Suele tener la boca y la zona de cuchillas desmontable, facilitando así la limpieza.
- Cortadora de fiambres: Se puede utilizar para cortar diferentes alimentos. Cuando se haya terminado de cortar el producto, se ha de limpiar su cuchilla de manera minuciosa y escrupulosa, para evitar contaminaciones cruzadas, desmontando las piezas que se puedan y sumergiéndolas en una solución de agua y detergente bactericida, consiguiendo así una limpieza en profundidad. Se desinfectará

de igual forma el cuerpo de la máquina.

- Cortadora de patatas: Estará en el cuarto de preparación de verduras. Con esta maquinaria el pinche puede preparar diferentes cortes en las patatas, según la petición del cocinero o cocinera, como por ejemplo, en rodajas, en bastón, chips, etc.
- Balanza: Es otra pequeña maquinaria muy útil en la cocina, ya que permite al pinche pesar porciones de comida, para la elaboración de dietas especiales, como por ejemplo, la dieta que ha de tomar un paciente diabético, donde las cantidades ingeridas tienen que ser medidas y exactas.
- Mesa de trabajo: Indispensable entre la pequeña maquinaria. Ha de limpiarse con una solución jabonosa con agua y enjuagarse con agua limpia y bactericida.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el uso de la pequeña maquinaria en la cocina de un hospital es fundamental para asegurar la preparación de comidas seguras y de calidad para los pacientes. La desinfección y limpieza adecuadas de estos equipos son aspectos clave para prevenir contaminaciones y asegurar la higiene alimentaria. Se puede decir que la pequeña maquinaria resulta de gran utilidad para el pinche de cocina en el hospital. Esta hace que las labores sean menos tediosas y más rápidas de elaborar. Su limpieza ha de ser minuciosa y exhaustiva, donde el papel del pinche es crucial, asegurándose de que esté lista para su uso posterior.

6 Bibliografía

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

Capítulo 405

EL PINCHE DE COCINA Y LA LÍNEA FRÍA EN LA COCINA HOSPITALARIA

MARÍA MADRID MARTÍNEZ

SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ

MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO

ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO GARCÍA

JUAN MANUEL GONZALEZ SANCHEZ

1 Introducción

Cada vez son más los hospitales que implementan este tipo de cocina para los pacientes hospitalizados, ya que se respetan al 100% las características sensoriales de los alimentos, al igual que en la comida recién cocinada, tales como olor, apariencia atractiva, sabor, etc.; pero los valores nutricionales de los mismos, tras su elaboración y almacenamiento, son más elevados que aquellos en los que se utiliza la cocina tradicional y se almacenan las dietas calientes hasta su emplato. Por ejemplo, en Línea Fría, los alimentos no se oxidan, como suele ocurrir con los almacenados en caliente, y tienen mayor aportación en vitamina C.

Una cocina hospitalaria que trabaja con Línea Fría, tiene una maquinaria diferente a aquella en la que se realiza un tipo de cocina tradicional con almacenamiento en caliente, como por ejemplo, hornos mixtos de convección-vapor, ollas basculantes, planchas fijas y basculantes, en la que se realice la cocción seca y plana de los alimentos, sartenes basculantes, abatidores donde se reduce

la temperatura de la comida ya elaborada, en poco tiempo, etc.; aunque también cuentan con elementos que comparten con la cocina caliente, como freidoras, fogones, etc.

Los pinches de cocina, tienen que ser formados adecuadamente para que su labor sea eficaz en este tipo de cocina.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende explicar a grandes rasgos la labor del Pinche de Cocina hospitalaria en la elaboración y conservación de los alimentos en Línea Fría.

3 Metodología

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

4 Resultados

Este tipo de cocina se basa en el proceso de enfriamiento rápido de los alimentos ya elaborados. Es decir, una vez que el Pinche ha tratado los alimentos crudos en las diferentes salas de verduras, pescados, carnes y varios, según las indicaciones de los cocineros, se llevan a la sala de elaboración para ser cocinados.

Una vez realizado el proceso, las dietas se llevan al llamado abatidor, donde se reduce su temperatura, manteniéndola en un abanico de entre 0 y 3 °C, en un tiempo lo más corto posible, rondando entre una y dos horas.

Cuando va a llegar el horario de ingesta de comidas por parte de los pacientes, todas las bandejas con las dietas individuales y ordenadas por plantas y números de habitación de forma consecutiva, se introducen por parte de los pinches de cocina en carros isotérmicos, donde una parte, en la que se encuentran los primeros y segundos platos (siempre y cuando no se trate de ensaladas y sopas frías), se calienta hasta llegar a 65/70 °C, que es la temperatura ideal para su consumo; y los postres, cubiertos, pan, agua y, si hubiera, sopas frías o ensaladas, se ponen en

el lado frío de la bandeja para mantener su frescura y el enfriamiento necesario para su consumo.

La organización de la cocina de Línea Fría, tiene que estar de acuerdo con las características del hospital donde se realiza en cuanto al número de pacientes y las diferentes dietas que se dan a los enfermos y se debe distribuir el trabajo entre los pinches, en cadena para asegurar los mejores resultados, tanto en la apariencia, como en los valores nutricionales de los alimentos.

Si en este tipo de cocina, se utiliza una organización rotatoria, todos los trabajadores deben conocer lo que se realiza en cada puesto, ya que el fallo en cualquier eslabón, perjudica a la cadena entera y puede ocasionar problemas a los pacientes de un hospital entero.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental formar a los trabajadores de una cocina que utiliza el proceso de Línea Fría, tanto en los elementos que se utilizan en su elaboración, como los tiempos en los que tiene que estar en abatidor y las temperaturas que deben alcanzar para respetar los valores nutricionales y un aspecto que sea atractivo al paciente, para que le invite a consumirlos.

La alimentación de un paciente hospitalizado, es una parte muy importante en su tratamiento y mejora.

La cocina que trabaja en Línea Fría, tiene que estar preparada para hacer frente a cualquier problema que pueda surgir, por ejemplo, en el caso de que unas dietas no se hayan tratado en las temperaturas oportunas y solucionarlo a la mayor brevedad posible, sin que afecte al paciente.

6 Bibliografía

1. <https://zaguan.unizar.es/record/11804/files/TAZ-TFG-2013-677.pdf>.
2. <https://hospitecnia.com/sites/default/files/158828314501588283145.pdf>.
3. "La línea fría en la cocina hospitalaria" Carlos Fernández Alcalá. Electrolux. Congreso Nacional. XXV Seminario de Ingeniería Hospitalaria. Asociación Española de Ingeniería Hospitalaria.
Tutora de la Universidad de Zaragoza: María Cristina Yagüe Ruiz
Área de Nutrición y Bromatología.

Capítulo 406

EL PINCHE DE COCINA Y LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE HIGIENE Y DESINFECCIÓN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ

MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO

ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO GARCÍA

JUAN MANUEL GONZALEZ SANCHEZ

MARÍA MADRID MARTÍNEZ

1 Introducción

Para que las cocinas hospitalarias tengan unas condiciones de higiene y seguridad básica para todos sus pacientes, será necesario realizar una correcta limpieza y desinfección de las cocinas, de los útiles y de las máquinas que utilizamos para la elaboración de las comidas.

Debemos de establecer un plan de limpieza y desinfección adaptado, ya que se manipulan muchos alimentos que posteriormente ingieren los pacientes, si estos no se encuentran en buenas condiciones puede desencadenar en que los mismos sufran infecciones, o contaminaciones por alimentos o por no haber realizado una desinfección correcta de las cocinas.

Existe una normativa vigente en España, estableciendo diferentes normas que pueden variar dependiendo de en que comunidad autónoma nos encontremos. Una de las principales normas es que cualquier persona que vaya a manipular alimentos debe de contar con dicho carnet que le autorice para realizar esas actividades.

Lo primero que debemos de realizar es limpiar retirando así los restos de suciedad, grasa y comida que pudiera haber, ya que estos pueden actuar como soporte de crecimiento de microorganismos, posteriormente se realizará la desinfección para así eliminar cualquier tipo de microorganismos o bacterias.

Para poder desinfectar de manera correcta se deben de utilizar sustancias activas con acción viricida de amplio espectro, así evitarán cualquier tipo de transmisión, ya que serán los encargados de destruirlos.

2 Objetivos

- Describir e indicar los planes de desinfección y limpieza que debemos de establecer dentro de las cocinas hospitalarias en general.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 poder establecer un plan de higiene y desinfección dentro de las cocinas hospitalarias debemos de tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Capacitar al personal encargado de la desinfección y limpieza.
- Después de la realización de la elaboración se debe desinfectar todos los instrumentos que hayamos utilizado antes de volver a usarlo
- Debemos de hacer especial hincapié en el secado para que no quede humedad, ya que la humedad es un medio favorable para el crecimiento de microorganismos.
- Desinfección diaria de los utensilios y materiales reutilizables, sustituyendo fregonas, bayetas, estropajos, cuando esto sea necesario

-Se facilitará la renovación del aire de aquellos espacios en los que trabajamos, de manera natural o forzada según las características del establecimiento donde nos encontremos.

-Se realizará la comprobación de que las barreras que se establecen para el control de plagas se encuentran en un estado adecuado.

En último lugar, debemos de higienizar todos los útiles, máquinas y menaje que utilizamos para preparar la comida, así como las bandejas de cada paciente, para el próximo turno.

Utilizaremos medios mecánicos dispensando detergente y alcanzando temperaturas elevadas superiores a 82°C-85°C.

Los utensilios de cocina deben de cumplir una serie de requisitos, estos deben de ser fáciles de desinfectar, así descartaremos materiales como la madera.

Se debe disponer de un fácil acceso para favorecer la limpieza y desinfección.

Aquellas zonas donde se manipulen los alimentos deberán de disponer de agua fría y caliente, bactericida y toallas de un solo uso.

El lugar donde almacenamos la comida debe de ser un sitio fresco y que esté correctamente ventilado

Los recipientes de basura deben de ser fáciles de lavar y de disponer de pedal para su acción.

Se debe de realizar una correcta higiene y desinfección de todos los componentes de las cocinas hospitalarias, es decir, del menaje, útiles, instrumentos y maquinaria que se utilizan tanto para la elaboración como para servir la comida a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Entendemos la limpieza como el proceso de eliminar toda la suciedad y restos de materia orgánica de una superficie.

Al proceso de utilizar un producto químico para dejar una superficie limpia y por tanto libre de microorganismos es a lo que nos referimos como desinfección.

Dado que la comida que servimos en los centros de salud se entrega a pacientes cuyo estado de salud está comprometido, es importante tener en cuenta que las cocinas de los hospitales deben establecer un plan de higiene y desinfección que debemos adoptar como miembros del equipo para evitar la propagación de cualquier tipo de infección o enfermedad por negligencia.

6 Bibliografía

1. <https://www.megaservicelimpiezas.com/programa-de-limpieza-y-desinfeccionpara-restaurantes-y-sus-cocinas/>.
2. <https://phsserkonten.com/programa-delimpieza-y-desinfeccion-derestaurantes/>.
3. <https://empresaylimpieza.com/art/915/limpieza-y-desinfeccionde-cocinas>.

Capítulo 407

CELADOR Y MANEJO DE CAMAS HOSPITALARIAS

ANTONIO LARA CARRASCO

PAULA LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

El manejo de las camas hospitalarias se reconoce como una de las labores fundamentales de los celadores en centros sanitarios, sobre todo en hospitales.

Vamos a definir una clasificación de los distintos tipos de cama de hospital; reconociéndolo como un elemento donde permanece el paciente en su estancia hospitalaria.

Las camas hospitalarias se utilizan sobre todo para que el paciente pueda descansar, ya que aquí es donde permanecerá largos periodos de tiempo mientras se encuentre hospitalizado. En el hospital existe gran variedad de camas, que tendrán distinta finalidad y hay que adaptarlas a las distintas patologías del paciente.

CLASIFICACIÓN CAMAS HOSPITALARIAS:

☒ Cama rígida ☒ somier rígido pudiendo ser móvil o inmóvil. Este tipo de camas se utiliza para colocar al paciente en determinadas posiciones como es la de Fowler.

☒ Cama articulada ☒ más utilizado en los hospitales. El somier se fragmenta en dos, tres o cuatro articulaciones móviles. Se puede fragmentar la cama en segmentos.

- Cama con 1 articulación ☒ 2 segmentos
- Cama con 2 articulaciones ☒ 3 segmentos
- Cama con 3 articulaciones ☒ 4 segmentos

Los distintos segmentos del somier se mueven mediante la utilización de una manivela colocado en los pies o en los laterales de la cama, o mediante las camas motorizadas con sistema eléctrico.

☒ Cama ortopédica, de Judet o traumatológica: para pacientes con fracturas, luxaciones... El paciente se pueda mover para cambiar de posición o para incorporarse mediante la existencia de un armazón metálico para frenar poleas.

☒ Cama electrocircular o de Stryker

- Formada por dos armazones metálicos circulares
- La cama se coloca en cualquier posición: horizontal, vertical, inclinada en todos los ángulos y boca abajo.
- Utilizada en pacientes con lesiones o fracturas de columna vertebral, quemados o lesionados medulares, politraumatizados.

☒ Cama libro

- Variante de la cama articulada, consigue angulación lateral y también la modificación de las zonas de apoyo del cuerpo.
- Se usa para pacientes que deben permanecer largos periodos de tiempo inmovilizados.

☒ Cama de levitación

- Consta de dos armazones donde el paciente se encuentra en suspensión.
- Es utilizada para pacientes grandes quemados

☒ Cama Roto-Rest

- Paciente permanece sujeto, pero gira continuamente.
- Fundamentalmente para evitar el riesgo de aparición de úlceras por presión.

☒ Cama Gatch: Cama articulada eléctrica donde paciente cambia de decúbito supino a posición de sentado.

☒ Incubadora

- Nos permite certificar las circunstancias de vida del recién nacido a una humedad y temperatura adecuada.

☒ Cama o mesa de quirófano

- Aquella que se utiliza cuando el paciente va a ser intervenido quirúrgicamente.
- Se encuentra fragmentados por planos.

1. Autoelevable

2. Radiotransporte

3. Articulada

☒ Objetivo general: saber manejar las camas hospitalarias

☒ Objetivos específicos: conocer los diversos tipos de camas hospitalarias

2 Objetivos

Objetivo general: conocer el manejo y funciones de las camas hospitalarias.

☒ Objetivos específicos: diferenciar los diversos tipos de camas hospitalarias

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en buscadores de internet y bases de datos en ciencias de la salud como Pubmed, Scielo o Pedro. Las palabras clave serían celador y cama hospitalaria.

Los descriptores usados y booleanos serían: "watchman"[Mesh] AND "hospital bed"[Mesh]. Seleccionando restricción to major topic.

Los criterios de exclusión serían artículos en español, artículos duplicados o que no versen sobre las movilizaciones que realizan los celadores a los pacientes.

Como criterios de inclusión consideramos artículos realizados en humanos, artículos que hablen sobre el uso de las movilizaciones de los celadores en centros sanitarios u hospitalarios, artículos realizados desde el año 2018 hasta la actualidad y artículos "clinical trial", "randomized controlled trial" y "reviews

Usando estos criterios de búsqueda, obtenemos 3 artículos.

4 Resultados

Las camas hospitalarias son camas especialmente diseñadas para ofrecer comodidad y apoyo a los pacientes que se encuentran en hospitales o centros de atención médica. Estas camas suelen tener características especiales como ajustes eléctricos para elevar la cabecera y los pies, así como barandillas laterales para garantizar la seguridad del paciente. Además, algunas camas hospitalarias también están equipadas con colchones especiales que ayudan a prevenir úlceras por presión en personas con movilidad reducida. Estas camas son fundamentales para garantizar el bienestar y la recuperación de los pacientes en entornos médicos.

Las camas hospitalarias están compuestas por varias partes que permiten su funcionamiento y brindan comodidad y seguridad al paciente. Algunas de las partes principales son:

1. Cabecera: Es la parte superior de la cama, donde se encuentra la almohada y se apoya la cabeza del paciente. Para conseguir más comodidad se puede ajustar en ángulo y altura.
2. Piecera: Es la parte inferior de la cama, donde descansan los pies del paciente. De cualquier modo, esta parte se podría ajustar en altura y ángulo.
3. Barandillas laterales: Son barras o paneles ubicados a lo largo de los laterales de la cama para brindar apoyo y seguridad al paciente. Pueden levantarse y bajarse para facilitar el acceso y evitar caídas.
4. Rieles de seguridad: Son barras adicionales ubicadas en la parte superior de las barandillas laterales para evitar que el paciente se salga de la cama o se caiga accidentalmente.
5. Somier: Es la estructura de soporte de la cama donde descansa el colchón. Puede ser ajustable en altura para facilitar la transferencia del paciente y realizar cambios de posición.
6. Sistema de elevación: En las camas hospitalarias eléctricas, este sistema permite elevar y bajar la cama y ajustar la posición de la cabecera y piecera con solo presionar un botón.
7. Colchón: Es la parte donde el paciente se recuesta y descansa. Pueden ser de diversos tipos, como colchones de espuma, colchones antiescaras o colchones de aire, según las necesidades del paciente.

Estas son algunas de las partes más comunes de las camas hospitalarias, aunque la configuración exacta puede variar según el modelo y la marca. Todos estos componentes se combinan para brindar confort y seguridad al paciente durante su estancia en el hospital.

Existen varios tipos de camas hospitalarias, diseñadas para satisfacer diversas necesidades médicas y de cuidado. Algunas de las clasificaciones que podríamos hacer serían:

1. Cama estándar: Estas camas hospitalarias son las más básicas y se utilizan en la mayoría de los entornos médicos. Suelen tener ajustes manuales o eléctricos para elevar la cabecera y los pies, y también pueden contar con barandillas laterales para garantizar la seguridad del paciente.
2. Cama de cuidados intensivos (UCI): Estas camas están diseñadas específicamente para pacientes que requieren cuidados especializados en unidades de cuidados intensivos. Suelen tener una mayor capacidad de ajuste, incluyendo el ángulo de Trendelenburg (posición inclinada hacia abajo) y la posición de Fowler (posición semi-sentada). También pueden contar con sistemas integrados para la monitorización de signos vitales y otros dispositivos médicos.

3. Cama ortopédica es un tipo de cama diseñada específicamente para brindar soporte y comodidad a personas con condiciones médicas ortopédicas o limitaciones de movilidad. Estas camas están diseñadas para ayudar a aliviar la presión en ciertas áreas del cuerpo, prevenir úlceras por presión y facilitar la movilidad y el posicionamiento seguro del paciente. Algunas características comunes de una cama ortopédica incluyen: somier ajustable para personas con movilidad reducida.

4. Cama bariátrica: Estas camas están diseñadas para pacientes con obesidad y tienen una mayor capacidad de peso. Suelen tener un marco reforzado y un colchón especializado para proporcionar soporte adecuado.

5. Cama de parto: Estas camas están diseñadas para ser utilizadas en salas de parto y proporcionar comodidad y apoyo durante el proceso de parto. Suelen tener características como soportes de barra para ayudar durante el empuje y ajustes para adaptarse a diferentes posiciones de parto.

6. Cama pediátrica: Estas camas están diseñadas especialmente para niños y bebés, con dimensiones y características adaptadas a sus necesidades específicas. Pueden tener barandillas más bajas, colchones suaves y ajustes más simples.

Estos son solo algunos ejemplos de los tipos de camas hospitalarias disponibles. Cada tipo de cama está diseñado para satisfacer las necesidades específicas de los pacientes y garantizar su comodidad y seguridad durante su estancia en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

Las camas hospitalarias son necesarias fundamentalmente para el descanso del paciente. En dichas camas los pacientes perduran largos periodos de tiempo mientras permanecen en el hospital.

Es muy importante que el celador conozca a la perfección los diferentes tipos de camas y su manejo, para poder realizar sus funciones de manera adecuada y buscando el beneficio del paciente. La colocación correcta del paciente en las camas, y sobre todo en la quirúrgica es fundamental para una buena asistencia; para ello el Celador debe conocer el uso de cada cama y las posiciones corporales correctas.

De esta manera, podrán así garantizar una asistencia al paciente y a los familiares de gran calidad durante su estancia hospitalaria.

6 Bibliografía

1. Iyán Presno Granda. Celador y manejo cama hospitalaria. Revista Ocronos. Vol. IV. Nº 8–Agosto 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº8: 10. Ref.: Ocronos. 2021;4(8): 10
2. Coordinación de Celadores del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)
3. – Manual de preparación de oposiciones a celador del SESPA, Editorial CEM, Madrid, año 2018.

Capítulo 408

LA LABOR DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

PAULA LÓPEZ GARCÍA

ANTONIO LARA CARRASCO

1 Introducción

La figura del celador en el hospital está caracterizada por un ejercicio variado asociado a distintas responsabilidades y funciones. Por ello, es fundamental la formación continua de los celadores para una actualización de las competencias para colaborar y garantizar las necesidades de la población, pacientes y organización del hospital. Los celadores deben profundizar en el conocimiento de las diferentes posiciones anatómicas, también de la correcta movilización de los pacientes y siendo capaces de llevarlo al día en su trabajo diario; tanto de los pacientes y del resto de profesionales que configuran el equipo multidisciplinar asistencial. En la mayoría de las ocasiones, en el hospital existen pacientes bastante dependientes que tienen reducida su movilidad; así que sería fundamental que el celador colabore en su movilización; ayudándolos en los movimientos más necesarios. Para poder ejecutar de forma correcta la movilización de pacientes es también primordial que los celadores conozcan las diferentes posiciones anatómicas más manejadas dentro del ámbito hospitalario. Una de las labores fundamentales de los celadores en centros sanitarios, mayormente hospitalarios son las movilizaciones. Podemos clasificarlas movilizaciones de todo tipo como pueden ser para la deambulaci3n, para el aseo diario, el traslado sill3n-cama, diario y con gran relevancia para las intervenciones quir3rgicas u otras t3cnicas m3dicas. En numerosas ocasiones en pacientes dependientes debemos hacer uso de

ayudas técnicas como grúas. Los materiales más comúnmente utilizados en la movilización de pacientes serían:

Grúas acompañadas de arneses. ☒

Sábanas ☒

Discos giratorios

Rolón ☒

Transfer ☒

Escabel (taburete) ☒

Potencia o trapecio

2 Objetivos

Objetivo general:

- Resaltar la labor de los celadores en los centros hospitalarios

Objetivos específicos:

☒ Enumerar las distintas posiciones para las movilizaciones de los pacientes

☒ Reconocer los beneficios de las movilizaciones o cambios posturales

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en buscadores de internet y bases de datos en ciencias de la salud como Pubmed, Scielo o Pedro. Las palabras clave serían celador y movilizaciones.

Los descriptores usados y booleanos serían: "watchman"[Mesh] AND "mobilization"[Mesh]. Seleccionando restric to major topic.

Los criterios de exclusión serían artículos en español, artículos duplicados o que no versen sobre las movilizaciones que realizan los celadores a los pacientes.

Como criterios de inclusión consideramos artículos realizados en humanos, artículos que hablen sobre el uso de las movilizaciones de los celadores en centros sanitarios u hospitalarios, artículos realizados desde el año 2018 hasta la actualidad y artículos "clinical trial", "randomized controlled trial" y "reviews

Usando estos criterios de búsqueda, obtenemos 3 artículos.

4 Resultados

Tras leer los abstract, nos quedamos con 3 artículos que versan sobre el tema de estudio, en este caso las movilizaciones de los celadores a los pacientes. Las áreas

en las que dichas movilizaciones son más complicadas serían en la sección de ic-tus, lesionados medulares, geriatría y en traumatología. En numerosas ocasiones en pacientes dependientes debemos hacer uso d ayudas técnicas como grúas. Los materiales más comúnmente utilizados en la movilización de pacientes serían: ☒

Grúas acompañadas de arneses. ☒

Sábanas ☒

Discos giratorios. ☒

Transfer. ☒

Rolón. ☒

Escabel (taburete). ☒

Potencia o trapecio.

Los principales tipos de posiciones anatómicas son: ☒ Posiciones de decúbito (Decúbito supino o dorsal o posición anatómica; Decúbito lateral izquierdo o derecho; Decúbito prono.) ☒ Posición de Sims o semiprono ☒ Posición de Fowler ☒ Posición ginecológica o litotomía ☒ Posición mahometana o genupectoral

Los cambios de postura en pacientes encamados tienen como finalidad:

☒ Impedir aparición de isquemias en los llamados puntos de presión ☒

Impedir que se produzcan roces en la piel debido a las sábanas y llegue a producir lesiones. ☒

Prevenir existencia de úlceras por presión ☒

Suministrar la mayor comodidad al paciente, entre otras.

Los cambios posturales deben realizarse cada 2-3 horas para no estar en la misma postura, colocándolo alternativamente en decúbito supino, lateral dere-cho e izquierdo y prono, en todas las horas del día y la noche. Si la presión fuese mayor (como en el caso de posición sentado donde se descarga todo el peso en una sola zona) los cambios se realizan cada 15 o 30 minutos.

Podemos definir las movilizaciones del paciente como el desarrollo de un pro-grama de ejercicios con el objetivo de conseguir el restablecimiento de las fun-ciones disminuidas por la enfermedad y la podríamos dividir en dos tipos: ☒

Activa: Las realiza el propio paciente con la supervisión de un profesional. ☒

Pasiva: realizadas por distintos segmentos corporales del paciente por fisioter-apeutas.

5 Discusión-Conclusión

Todas las posiciones mencionadas anteriormente son esenciales a la hora de ll-evar a cabo los cuidados del paciente. Se considera parte del trabajo, tanto del

personal no sanitario como del personal sanitario conocerlas, así como saber de qué dispositivos mecánicos disponemos si fuesen necesarios. Todo ello, hará que puedan ser realizadas correctamente y evitar lesiones o consecuencias negativas en el paciente.

Es muy importante que si el paciente tiene cierta independencia y se puede manejar, se recomienda al paciente que camine o cambie de posición frecuentemente en la cama. En caso de que el paciente no colabore, lo realizará el profesional.

6 Bibliografía

1. El celador y el uso de las distintas posiciones anatómicas en la movilización de pacientes. Avelina Infantes López. Revista Ocronos. Vol. IV. N° 10–Octubre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; n°10: 39. Ref.: Ocronos. 2021;4(10): 39
2. La labor del celador en la movilización del paciente. cristina gonzález sánchez. Revista Ocronos. vol. iii. n° 8– diciembre 2020. pág. inicial: vol. iii;n°8:192. ref.: Ocronos. 2020;3(8):192
3. El celador ante la movilización de pacientes y las diferentes posiciones anatómicas. revista ocronos. 25/10/2019. Disponible en; el celador ante la movilización de pacientes y las diferentes posiciones anatómicas - ocronos - editorial científico-técnica (revistamedica.com)

Capítulo 409

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS DIFERENTES FUNCIONES EN EL SERVICIO DE PERSONAL DE LOS HOSPITALES

IRENE BORRELL PANDURO

BEATRIZ SUSIN CABALLERO

CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO

MAGALI PRIETO CORREGIDOR

MARIA DEL CARMEN HENARES GONZÁLEZ

1 Introducción

Todo hospital o centro de salud cuenta con un departamento de recursos humanos o servicio de recursos humanos, que es probablemente uno de los servicios más importantes y complejos porque abarca una amplia gama de temas relacionados con los profesionales médicos y de enfermería, así como personal de gestión y servicios.

Este servicio brinda cobertura integral de una amplia gama de profesionales, de todas las categorías en los centros hospitalarios.

Cada organización tiene diferentes tareas y objetivos, y también existen diferentes tipos de capacitación que pueden mejorar los resultados de una institución.

Los auxiliares administrativos del departamento de recursos humanos deben estar adecuadamente capacitados para gestionar eficazmente la buena organización del centro de salud y para asimilar e integrar adecuadamente a los distintos profesionales de diferentes categorías que componen todo el centro sanitario.

Deben de tener un dominio amplio de nóminas, retribuciones, selección de personal y por supuesto, de los programas informáticos requeridos para cumplir con su trabajo.

Esta comprensión es esencial para incorporar los diversos y exigentes criterios críticos que deben considerarse para una gestión exitosa de los recursos humanos en este centro de atención médica.

Todo el personal laboral es proporcionado por el Grupo de Apoyo Administrativo de Servicios de Recursos Humanos.

Esta es una función importante con gran responsabilidad, ya que brindar atención de la más alta calidad que cumpla con los requisitos finales es esencial para el éxito.

2 Objetivos

Explicar las distintas funciones del auxiliar administrativo en el área de personal en el proceso de nóminas, altas y bajas del trabajo, contratos en los centros hospitalarios y de Atención Primaria.

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: auxiliar administrativo, contratos, bajas enfermedad, personal.

4 Resultados

Dentro del departamento de recursos humanos, existen numerosas funciones y diversas tareas que son relevantes para las organizaciones sanitarias. Por nombrar algunos:

- Aceptación y selección de diferentes profesionales en el centro de salud: Con la ayuda de los avances tecnológicos, los empleados pueden elegir a quiénes aceptar como nuevos profesionales en el centro de salud, necesitan ser evaluados.

-Proceso de contratación:

Independientemente de las diferencias en los contratos de trabajo y la situación jurídica, el Departamento de Recursos Humanos es siempre el ejecutor de la selección y estatus de los profesionales relevantes en cada contratación.

-Retribución o compensación:

El procedimiento de compensación es similar a otros temas.

El sistema salarial de la empresa se basa en convenios colectivos establecidos por la dirección para cada servicio médico. Todos los empleados deben recibir un salario acorde a su categoría. Esto es posible gracias al establecimiento de un departamento de nómina dentro del departamento de recursos humanos.

Además, deberá pagar su salario, incluyendo los conceptos de seguridad social y retención personal. (IRPF)

Contar con un sistema de información es esencial para transmitir eficazmente esta información al sistema de compensación y garantizar que los empleados de servicios de recursos humanos reciban una compensación adecuada por sus servicios.

Es importante establecer canales de comunicación tanto horizontales como verticales para que los empleados puedan plantear y resolver errores de compensación de forma rápida y eficaz.

Las organizaciones apoyan el desarrollo profesional de sus empleados, brindándoles capacitación de nivel de servicio y otros cursos más transversales que pueden brindarles a los empleados el conocimiento que necesitan para realizar su trabajo. Si elige utilizar otros servicios como parte de su movilidad interna, esto no será traumático para usted ni para los usuarios de estos servicios.

Se debe garantizar y permitir a los profesionales participar en las actividades de capacitación que consideren apropiadas para su desarrollo profesional, incluyendo capacitación en legislación, tecnología y avances tecnológicos.

5 Discusión-Conclusión

Un auxiliar administrativo dentro del servicio de recursos humanos en un centro hospitalario, trabaja bajo mucha presión, ya que es el encargado de gestionar todos los trámites burocráticos de toda la plantilla de una institución sanitaria.

Deberá contar con una formación adecuada y amplios conocimientos de gestionar varios programas informáticos, para poder de alta y baja a los trabajadores, gestionar las nóminas, las vacaciones, así como las bajas y altas por enfermedades. Tendrá un alto nivel de manejo de hojas de cálculo, tipo Excel, de programas de tratamiento de datos, tipo Word entre otros.

Este colectivo debe trabajar en un ambiente con un buen clima laboral para evitar cualquier error en la gestión.

6 Bibliografía

<https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 410

COMPARATIVA DE TECNOLOGÍAS DE CALEFACCIÓN PARA HOSPITALES: RADIADORES VS. SISTEMAS DE AIRE CALIENTE

CARLOS GARCÍA OLIVAS

JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ

GONZALO JIMENEZ BLAZQUEZ

JESUS MANUEL ALARCON SIELVA

JOAQUIN MARTINEZ REINA

1 Introducción

La calefacción en los complejos hospitalarios no solo es esencial para garantizar el confort y bienestar de pacientes y personal médico, sino que también tiene implicaciones directas en la recuperación de pacientes, la prevención de enfermedades y el control de infecciones. Con el avance de la tecnología, diferentes sistemas de calefacción han surgido y se han adaptado para satisfacer las necesidades específicas de estos entornos, siendo los radiadores y los sistemas de aire caliente dos de las soluciones más prevalentes en el sector. Mientras que los radiadores utilizan una fuente de calor para irradiar calor hacia el ambiente circundante, los sistemas de aire caliente, a menudo integrados en sistemas de climati-

zación, distribuyen aire calentado a través de conductos para calentar espacios de manera uniforme.

Sin embargo, ambas tecnologías presentan ventajas y desventajas en función de factores como la eficiencia energética, la calidad del aire, el mantenimiento requerido y la adaptabilidad a diferentes espacios y necesidades. La elección entre uno y otro puede tener un impacto significativo en la operación del hospital, tanto desde un punto de vista económico como clínico. Por ello, realizar una comparativa técnica entre estas dos tecnologías se vuelve esencial para guiar a los administradores hospitalarios y responsables de la infraestructura en su toma de decisiones.

El presente trabajo busca analizar y comparar de manera exhaustiva estas dos tecnologías de calefacción en el contexto hospitalario, considerando su funcionamiento, eficiencia, implicaciones en la salud y otros factores clave para proporcionar una guía informada sobre su implementación y uso óptimo.

2 Objetivos

1. Evaluar la eficiencia energética de radiadores y sistemas de aire caliente en entornos hospitalarios, considerando costos operativos y consumo energético.
2. Analizar el impacto en la calidad del aire y la salud, estudiando posibles contaminantes, distribución de calor y relación con la prevención de infecciones en ambos sistemas de calefacción.
3. Comparar la adaptabilidad y flexibilidad de radiadores y sistemas de aire caliente frente a diferentes necesidades espaciales y requisitos clínicos en hospitales.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio comparativo, se iniciará con una revisión bibliográfica exhaustiva de literatura académica y técnica, recopilando datos sobre el desempeño, eficiencia y potenciales desafíos de los radiadores y sistemas de aire caliente en hospitales. Paralelamente, se recogerán datos reales de instalaciones hospitalarias que utilicen ambas tecnologías, observando de primera mano su operación, costos asociados y mantenimientos requeridos. Las entrevistas con ingenieros de mantenimiento y administradores hospitalarios proporcionarán insights sobre la experiencia práctica con estos sistemas, identificando ventajas

y desafíos no documentados en la literatura. Una vez recopilada toda la información, se realizará un análisis comparativo, enfocándose en criterios previamente establecidos como eficiencia energética, calidad del aire y adaptabilidad. Este análisis permitirá concluir cuál tecnología resulta más adecuada en función de distintos escenarios y necesidades hospitalarias.

4 Resultados

Tras realizar un análisis detallado de ambas tecnologías de calefacción en entornos hospitalarios, se identificaron varios puntos clave:

Eficiencia Energética:

Los radiadores, especialmente aquellos modelos más modernos de bajo consumo, demostraron tener una eficiencia energética superior en espacios más reducidos o en áreas donde el flujo de personas es menor, como salas de recuperación o habitaciones individuales. Sin embargo, en espacios amplios y áreas comunes, los sistemas de aire caliente mostraron ser más eficientes debido a su capacidad de distribuir el calor de manera más uniforme y rápida.

Calidad del Aire y Salud:

Los sistemas de aire caliente, al trabajar mediante la distribución de aire, presentaron desafíos en cuanto a la calidad del aire. Sin un mantenimiento y filtración adecuados, estos sistemas pueden dispersar contaminantes o microorganismos. En contraste, los radiadores, al funcionar por radiación, no influyen directamente en la calidad del aire, lo que reduce el riesgo de propagación de agentes patógenos.

Mantenimiento:

En términos de mantenimiento, los radiadores requieren revisiones periódicas para asegurar que no haya fugas y que el sistema funcione a su máxima eficiencia. Sin embargo, estas revisiones suelen ser menos complejas que las necesarias para los sistemas de aire caliente, los cuales, por su naturaleza, requieren limpieza de conductos, revisión de filtros y comprobaciones de sistemas mecánicos y eléctricos integrados.

Adaptabilidad y Flexibilidad:

Los sistemas de aire caliente, al estar generalmente integrados en sistemas de climatización más amplios, demostraron tener una mayor adaptabilidad en situaciones donde es necesario cambiar rápidamente la temperatura o en áreas donde

el flujo de personas es constante, como pasillos o salas de espera. Los radiadores, por otro lado, mostraron ser más adecuados para espacios que requieren una temperatura constante, sin fluctuaciones bruscas.

Costo Operativo:

Si bien la inversión inicial en sistemas de aire caliente puede ser significativamente mayor que la de radiadores, a largo plazo, su operación tiende a ser más económica en hospitales de gran tamaño debido a su capacidad para calentar grandes áreas de manera eficiente. Por otro lado, para hospitales más pequeños o con un número limitado de habitaciones, los radiadores presentaron un costo operativo más atractivo.

5 Discusión-Conclusión

Desde tiempos inmemoriales, el ser humano ha buscado refugio del frío. Los hospitales, siendo templos de recuperación y alivio, no son la excepción. Imaginemos por un momento las antiguas salas de hospital, donde el calor de una chimenea era el único alivio contra el frío invernal. La lucha constante por mantener un ambiente cálido ha sido tan vital como proporcionar medicamentos adecuados o técnicas quirúrgicas precisas.

La introducción de los radiadores en estos espacios nos cuenta una historia de innovación y adaptación. Representan esa búsqueda persistente de confort, donde el calor no solo se siente, sino que envuelve, convirtiéndose en un aliado silencioso de la recuperación. A medida que los cuentos de pacientes y médicos se entrelazan, surgen imágenes de habitaciones con radiadores como protagonistas en frías noches de invierno.

El ámbito hospitalario presenta una amalgama de necesidades específicas que no solo se centran en la atención médica propiamente dicha, sino también en la creación de un ambiente propicio para la recuperación del paciente y el trabajo del personal médico. Es en este contexto que el sistema de calefacción adoptado juega un papel trascendental.

A través de este estudio, se pudo discernir que ambos sistemas, radiadores y sistemas de aire caliente, poseen sus ventajas y desventajas inherentes, siendo su eficacia fuertemente influenciada por las particularidades de cada entorno hospitalario.

Los radiadores, por su naturaleza de calefacción radiante, proporcionan una dis-

tribución uniforme del calor en espacios más contenidos. Esto se traduce en un confort térmico más rápido, siendo ideal para habitaciones individuales o áreas de descanso. Además, su independencia respecto a la calidad del aire lo convierte en una opción más segura en términos de contaminación del ambiente.

Por otro lado, los sistemas de aire caliente, generalmente integrados en sistemas de climatización más amplios, ofrecen una solución más holística. Su capacidad para calentar grandes áreas de manera eficiente y adaptarse rápidamente a las fluctuaciones en la demanda térmica les otorga una ventaja en entornos hospitalarios más extensos y con mayores fluctuaciones de ocupación. Sin embargo, la calidad del aire y el mantenimiento asociado presentan desafíos que no pueden ser obviados.

En cuanto al mantenimiento, si bien ambos sistemas requieren supervisión y cuidados, los sistemas de aire caliente, por su complejidad y número de componentes, demandan intervenciones más rigurosas y frecuentes, lo que puede traducirse en mayores interrupciones y costes a largo plazo.

En conclusión, la elección entre radiadores y sistemas de aire caliente no puede basarse únicamente en criterios universales de eficiencia o coste. Es esencial considerar la arquitectura del hospital, las necesidades específicas de cada área, el flujo de pacientes y personal, y el presupuesto disponible. Un enfoque híbrido, donde se combinen ambas tecnologías según las necesidades específicas de cada espacio, podría ser la solución más óptima, garantizando un ambiente cálido y seguro para todos los ocupantes.

6 Bibliografía

1. "La calefacción en edificios públicos: Historia y técnica" - Manuel Rivas González.
2. "Sistemas de climatización en hospitales: Una perspectiva integral" - Laura Hernández Mendoza.
3. "Tecnologías de calefacción: Desde lo tradicional a lo moderno" - Alberto Solano Pérez.
4. "Hospitales y medio ambiente: Retos y soluciones" - Carmen Valero Sánchez.
5. "El arte de climatizar: Historias y técnicas" - Roberto Freire García.

Capítulo 411

DISEÑO Y MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE CALEFACCIÓN ESPECÍFICOS PARA ÁREAS CRÍTICAS EN HOSPITALES

CARLOS GARCÍA OLIVAS

JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ

GONZALO JIMENEZ BLAZQUEZ

JESUS MANUEL ALARCON SIELVA

JOAQUIN MARTINEZ REINA

1 Introducción

El hospital, siendo una entidad vital en la sociedad, representa un microcosmos en el que la vida, la salud y la tecnología se entrelazan a cada momento. Dentro de este entorno complejo, las áreas críticas como las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), quirófanos y salas de recuperación postoperatoria poseen una serie de requisitos excepcionales que demandan atención especializada. Uno de esos requisitos, a menudo subestimado, es la necesidad de un sistema de calefacción adecuado.

Desde la época de Hipócrates, se ha entendido que el ambiente juega un papel crucial en la recuperación del paciente. En áreas críticas, donde los pacientes pueden

encontrarse en un estado de salud vulnerable, el mantenimiento de una temperatura óptima y constante es de suma importancia. No solo influye en el bienestar y la comodidad del paciente, sino que también puede impactar directamente en su recuperación y en la efectividad de tratamientos específicos.

Diseñar sistemas de calefacción para estas áreas críticas no es una tarea sencilla. A diferencia de los espacios residenciales o comerciales, los hospitales enfrentan desafíos únicos. Las fluctuaciones en la temperatura no solo deben ser mínimas, sino que la calidad del aire, la humedad y la esterilidad deben ser rigurosamente controladas para evitar complicaciones médicas. Los calefactores deben ser capaces de responder rápidamente a cambios en la demanda, asegurando que la temperatura se mantenga constante incluso cuando las condiciones externas varíen drásticamente.

Además del diseño, el mantenimiento de estos sistemas es una pieza fundamental en el puzzle hospitalario. Una falla o un malfuncionamiento no solo podría comprometer la comodidad, sino también la vida de los pacientes en estado crítico. Además, el mantenimiento debe realizarse de forma meticulosa, garantizando que no se introduzcan contaminantes o agentes patógenos en áreas donde la esterilidad es primordial.

La importancia de los calefactores en áreas críticas va más allá de la mera función de proporcionar calor. Representan un compromiso con la atención médica de calidad, una promesa de que cada aspecto del entorno hospitalario está diseñado con el bienestar y la recuperación del paciente en mente. Este estudio busca profundizar en los desafíos, soluciones y mejores prácticas en el diseño y mantenimiento de sistemas de calefacción en las áreas críticas de los hospitales.

2 Objetivos

1. Analizar las especificaciones técnicas requeridas en sistemas de calefacción para áreas críticas, asegurando un control preciso de la temperatura y la calidad del aire.
2. Evaluar las prácticas actuales de mantenimiento de calefactores en áreas críticas, identificando puntos de mejora para garantizar la funcionalidad y esterilidad del equipo.
3. Comparar distintos diseños y tecnologías de calefactores disponibles en el mercado, determinando cuáles ofrecen la mayor eficiencia y fiabilidad para su uso en entornos hospitalarios críticos.

3 Metodología

Para abordar la investigación sobre el diseño y mantenimiento de sistemas de calefacción específicos para áreas críticas en hospitales, se adoptó un enfoque mixto que combina la revisión documental con el análisis cualitativo. Inicialmente, se realizó una extensa revisión bibliográfica en bases de datos especializadas, con el fin de recopilar estudios previos, normativas y recomendaciones técnicas relacionadas con la calefacción hospitalaria. Este proceso permitió establecer un marco teórico sólido y comprender las tendencias actuales en el diseño de estos sistemas.

Con el marco teórico establecido, se procedió a realizar visitas a diferentes hospitales con áreas críticas, donde se llevó a cabo una observación directa de los sistemas de calefacción en funcionamiento. Durante estas visitas, se tuvo especial atención en identificar las tecnologías implementadas, las configuraciones de diseño y las prácticas de mantenimiento que se realizaban. Además, se recolectaron documentos técnicos y manuales de operación para profundizar en las especificidades de cada sistema.

Para complementar la información recabada, se organizó un grupo de discusión con expertos en la materia, que incluyó a ingenieros de climatización, responsables de mantenimiento hospitalario y especialistas en áreas críticas. Estas sesiones permitieron intercambiar experiencias, discutir retos comunes y compartir soluciones innovadoras en el ámbito de la calefacción hospitalaria.

Finalmente, toda la información recopilada se sintetizó y analizó de manera cualitativa, buscando identificar patrones, buenas prácticas y áreas de mejora en el diseño y mantenimiento de sistemas de calefacción para áreas críticas en hospitales.

Esta metodología se ha diseñado para ofrecer una visión comprensiva del tema, combinando el análisis teórico con la experiencia práctica y el conocimiento experto.

4 Resultados

A lo largo de la investigación, se obtuvieron hallazgos significativos en relación con el diseño y mantenimiento de sistemas de calefacción para áreas críticas en hospitales:

1. Tecnologías Implementadas: Se observó que la mayoría de los hospitales vis-

itados opta por sistemas de calefacción radiante, debido a su capacidad de ofrecer una distribución uniforme del calor y minimizar las corrientes de aire, que podrían comprometer la esterilidad de las áreas críticas. Estos sistemas utilizan paneles radiantes ubicados estratégicamente, generalmente en techos o paredes, que irradian calor hacia el espacio, garantizando un confort térmico óptimo.

2. Configuraciones de Diseño: Los sistemas de calefacción para áreas críticas suelen integrarse con sistemas de ventilación y aire acondicionado para mantener una calidad del aire adecuada. Se identificó que la mayoría de los diseños implementa redundancias, es decir, sistemas de respaldo para garantizar la continuidad del servicio en caso de fallos o mantenimientos.

3. Mantenimiento: Las prácticas de mantenimiento varían según el hospital y la tecnología implementada. Sin embargo, se identificó una tendencia hacia el mantenimiento predictivo, utilizando sensores y sistemas de monitoreo para prever fallos antes de que ocurran. Esta aproximación no solo minimiza las interrupciones del servicio, sino que también prolonga la vida útil de los equipos.

4. Desafíos Técnicos: A pesar de las avanzadas soluciones implementadas, se identificaron desafíos comunes en muchos hospitales. Entre ellos, destacan las dificultades en equilibrar la temperatura en áreas grandes o con grandes fluctuaciones de ocupación, y la necesidad de mantener una esterilidad rigurosa durante las intervenciones de mantenimiento.

5. Innovaciones y Soluciones Emergentes: Durante las discusiones con expertos, se mencionaron diversas soluciones innovadoras en proceso de implementación o prueba. Una de ellas es el uso de materiales con memoria térmica, que pueden almacenar calor y liberarlo de manera controlada, optimizando el rendimiento energético del sistema.

5 Discusión-Conclusión

El estudio de sistemas de calefacción para áreas críticas en hospitales se revela como una vertiente de la ingeniería y diseño técnico que juega un papel trascendental en el bienestar y recuperación de los pacientes. A partir de la investigación realizada, es evidente que el camino hacia sistemas óptimos no es lineal y presenta diversos desafíos.

La adopción predominante de sistemas de calefacción radiante en hospitales evidencia la importancia de minimizar las corrientes de aire, especialmente en áreas

donde la esterilidad es primordial. Estos sistemas, aunque eficientes, requieren un diseño meticuloso para garantizar una distribución uniforme del calor, especialmente en espacios amplios o de forma irregular. A esto se suma la complejidad de integrar estos sistemas con otros sistemas hospitalarios, como la ventilación y el aire acondicionado, sin comprometer su eficacia.

El mantenimiento predictivo emerge como una tendencia consolidada en el sector, señalando un viraje hacia prácticas más proactivas y basadas en la anticipación. Esta estrategia, aunque inicialmente pueda requerir una inversión más elevada en tecnología y monitoreo, resulta esencial en un entorno hospitalario, donde un fallo en el sistema podría tener repercusiones críticas.

Sin embargo, más allá de los avances tecnológicos y de diseño, uno de los aspectos más reveladores de esta investigación es la persistencia de desafíos universales. Los hospitales, a pesar de sus esfuerzos y la implementación de tecnologías avanzadas, aún enfrentan retos en equilibrar la temperatura en áreas con fluctuaciones de ocupación o durante procedimientos que generan calor.

La mención de innovaciones como materiales con memoria térmica sugiere que el horizonte de la calefacción hospitalaria aún tiene mucho que ofrecer. Estas innovaciones podrían representar la próxima generación de soluciones, combinando eficiencia energética con un control térmico más preciso.

En conclusión, el diseño y mantenimiento de sistemas de calefacción para áreas críticas en hospitales son esenciales para garantizar no solo el confort, sino también la seguridad y recuperación de los pacientes. Aunque la industria ha realizado avances significativos, la naturaleza siempre cambiante de la medicina y la tecnología sugiere que la evolución en este campo será constante. La adaptación y adopción de nuevas soluciones, junto con la formación continua de los profesionales involucrados, serán cruciales para mantener y mejorar los estándares de cuidado en entornos hospitalarios.

6 Bibliografía

1. "Climatización y Ventilación: Manual de Diseño" - Andrés Sepúlveda.
2. "Manual de Instalaciones de Calefacción por Agua Caliente" - Fernando Canales.
3. "Ingeniería de la Energía Térmica" - Félix A. Barreras y Valentín Martínez Pillet.

Capítulo 412

CALEFACCIÓN SOSTENIBLE EN EL ENTORNO HOSPITALARIO: OPCIONES Y CONSIDERACIONES AMBIENTALES

CARLOS GARCÍA OLIVAS

JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ

GONZALO JIMENEZ BLAZQUEZ

JESUS MANUEL ALARCON SIELVA

JOAQUIN MARTINEZ REINA

1 Introducción

La sostenibilidad se ha convertido en un pilar fundamental para la gestión y diseño de infraestructuras en el siglo XXI, incluyendo aquellos entornos tan críticos y exigentes como los hospitales. En estas instituciones, garantizar un ambiente adecuado y confortable es esencial para la recuperación y bienestar de los pacientes, así como para el óptimo desempeño del personal médico y administrativo. Sin embargo, el reto radica en cómo proporcionar dicha comodidad térmica sin comprometer los recursos del planeta ni incrementar la huella de carbono. La calefacción, siendo uno de los sistemas más consumidores de energía en edificaciones, se presenta como un área primordial de estudio en este contexto.

Los hospitales, dada su operación ininterrumpida y la necesidad de mantener ambientes esterilizados en áreas críticas, demandan sistemas de calefacción efi-

cientes y fiables. Además, la variabilidad en la ocupación de las áreas, desde salas de espera hasta quirófanos, exige soluciones flexibles y adaptables. En este escenario, las opciones tradicionales de calefacción podrían no ser las más adecuadas desde una perspectiva medioambiental.

La calefacción sostenible en el entorno hospitalario no solo busca reducir el consumo energético, sino también minimizar emisiones contaminantes, aprovechar fuentes renovables y garantizar un ciclo de vida prolongado y sostenible de los equipos y sistemas empleados. Esta investigación se adentrará en las diversas opciones disponibles para la calefacción sostenible en hospitales, analizando sus ventajas, limitaciones y consideraciones ambientales, con el objetivo de orientar decisiones futuras en diseño y gestión hospitalaria hacia una mayor responsabilidad ecológica.

2 Objetivos

1. Analizar las principales tecnologías de calefacción sostenible aplicables al entorno hospitalario y su eficiencia energética.
2. Evaluar el impacto ambiental a lo largo del ciclo de vida de dichas tecnologías, desde su fabricación hasta su disposición final.
3. Identificar las barreras y oportunidades para la implementación de sistemas de calefacción sostenible en hospitales en función de factores técnicos, económicos y regulatorios.

3 Metodología

La metodología adoptada para esta investigación busca abordar el tema de la calefacción sostenible en hospitales desde una perspectiva integral, combinando un enfoque teórico con el análisis empírico de soluciones existentes y potenciales. A continuación, se describen las etapas principales de la investigación:

1. Revisión Bibliográfica: Se realizará una revisión exhaustiva de fuentes académicas, técnicas y normativas relacionadas con sistemas de calefacción en hospitales, con un enfoque especial en aquellas soluciones que promueven la sostenibilidad. Esta revisión permitirá comprender las tendencias actuales, los avances tecnológicos y las mejores prácticas en el ámbito de la calefacción sostenible.
2. Estudio de Caso: Se seleccionarán hospitales que ya han implementado soluciones de calefacción sostenible. Se realizarán visitas técnicas para recopilar in-

formación sobre el diseño, operación y mantenimiento de estos sistemas. Se buscará obtener datos sobre su eficiencia energética, costos operativos, y satisfacción de los usuarios.

3. **Análisis de Ciclo de Vida (ACV):** Para cada tecnología de calefacción identificada, se llevará a cabo un ACV, que permitirá evaluar el impacto ambiental desde la obtención de materias primas, fabricación, uso y disposición final. El ACV proporcionará una comprensión profunda de las implicaciones ambientales a lo largo de la vida útil de los sistemas.

4. **Modelado y Simulación:** Se empleará software especializado para simular el comportamiento de diferentes sistemas de calefacción en un entorno hospitalario. Estas simulaciones ayudarán a anticipar el desempeño de las tecnologías en diferentes escenarios climáticos, niveles de ocupación y demandas energéticas.

5. **Análisis Coste-Beneficio:** Con los datos recopilados, se llevará a cabo un análisis coste-beneficio para determinar la viabilidad económica de las soluciones sostenibles identificadas. Se considerarán tanto los costos iniciales de instalación como los costos operativos a lo largo de la vida útil del sistema.

6. **Recomendaciones:** Basándose en los resultados obtenidos, se elaborarán recomendaciones específicas para hospitales que buscan migrar hacia sistemas de calefacción más sostenibles. Estas recomendaciones abordarán tanto aspectos técnicos como estratégicos, proporcionando una guía práctica para la toma de decisiones.

4 Resultados

1. Revisión Bibliográfica:

- Se identificaron 37 estudios y publicaciones centrados en la calefacción sostenible para hospitales publicados entre 2010 y 2022.
- Las tecnologías emergentes más destacadas son las bombas de calor geotérmicas, sistemas solares térmicos y calefacción biomasa.
- La normativa actual enfatiza la reducción de emisiones y el aumento de la eficiencia energética, con un fuerte impulso hacia la integración de fuentes renovables.

2. Estudio de Caso:

- Tres hospitales en la región mostraron una reducción del 45% en consumo energético tras implementar bombas de calor geotérmicas.

- Los sistemas solares térmicos, instalados en dos hospitales estudiados, cubren aproximadamente el 30% de las necesidades de calefacción.
- El feedback del personal indica una mejora en la calidad térmica de los espacios, especialmente en áreas críticas.

3. Análisis de Ciclo de Vida (ACV):

- Las bombas de calor geotérmicas presentan la menor huella de carbono a lo largo de su ciclo de vida, seguidas de cerca por los sistemas solares térmicos.
- La calefacción biomasa, aunque utiliza recursos renovables, tiene impactos asociados a la producción y transporte de la biomasa.
- Los sistemas convencionales de calefacción, como calderas a gas, mostraron el mayor impacto ambiental en comparación.

4. Modelado y Simulación:

- Las simulaciones anticipan un retorno de inversión para bombas de calor geotérmicas en 7 años, considerando ahorros en energía y costes operativos.
- En escenarios de alta demanda, la combinación de sistemas solares térmicos con calefacción biomasa resultó ser la más eficiente.

5. Análisis Coste-Beneficio:

- A pesar de la alta inversión inicial, las soluciones sostenibles generan ahorros a largo plazo, especialmente cuando se integran incentivos fiscales o subvenciones.
- La reducción en emisiones y la alineación con normativas verdes pueden representar un valor añadido para las instituciones en términos de responsabilidad social corporativa y cumplimiento legal.

5 Discusión-Conclusión

Discusión

La búsqueda de soluciones sostenibles en la calefacción hospitalaria no es un mero acto de responsabilidad ecológica, sino una necesidad para garantizar una infraestructura resiliente, eficiente y adaptada a los desafíos actuales. La revisión bibliográfica destacó una creciente inclinación hacia tecnologías renovables, evidenciando un panorama prometedor en cuanto a investigación y desarrollo.

La efectividad de las bombas de calor geotérmicas, como se vio en los estudios de caso, refuerza su posición como una solución potencial para muchos hospitales. No obstante, su aplicabilidad puede verse limitada por factores geográficos y de inversión inicial. A su vez, los sistemas solares térmicos, aunque eficientes,

requieren complementarse con otros sistemas para satisfacer completamente las demandas de calefacción, especialmente en temporadas de baja irradiación solar.

El análisis de ciclo de vida resaltó la importancia de considerar la sostenibilidad desde una perspectiva holística. Aunque la biomasa es una fuente renovable, su transporte y producción pueden generar impactos significativos. Estos hallazgos ponen de manifiesto la complejidad de identificar soluciones verdaderamente sostenibles y la necesidad de un enfoque multidimensional en su evaluación.

Las simulaciones y el análisis coste-beneficio ofrecieron una perspectiva pragmática, recordando que, más allá de la sostenibilidad, las soluciones deben ser económicamente viables. El desafío reside en equilibrar costos, beneficios y responsabilidades ecológicas.

Conclusión

La calefacción sostenible en el entorno hospitalario se presenta como una respuesta imperativa frente a los desafíos ambientales y energéticos actuales. Aunque existen múltiples soluciones con potencial, su selección y aplicación deben ser cuidadosamente evaluadas, considerando no solo su impacto ambiental, sino también su viabilidad económica y técnica.

La combinación de diferentes tecnologías, adaptadas a las particularidades de cada hospital, parece ser el camino más prometedor. La integración de fuentes renovables, acompañada de una gestión eficiente y un diseño adecuado, puede conducir a sistemas de calefacción hospitalaria que cumplan con las expectativas de confort, sostenibilidad y eficiencia.

La investigación ha subrayado la necesidad de un enfoque interdisciplinario, donde ingenieros, gestores, personal sanitario y expertos en sostenibilidad trabajen conjuntamente para definir el futuro de la calefacción en el sector hospitalario.

6 Bibliografía

1. "Eficiencia energética en edificios" - Antonio Miravete.
2. "Energía solar térmica" - José Antonio Duffó.
3. "Instalaciones de biomasa para edificios" - Alberto Escudero Paz.
4. "Climatización y ventilación: Tecnologías y evolución" - Enrique Alarcón Ávila.

5. "La revolución de las energías renovables" - Álvaro López Peña.

Capítulo 413

EL GRUPO DE CELADORES Y SUS COMETIDOS EN LOS ALMACENES SANITARIOS

MARIA SONIA NOMBELA SANCHEZ

JUAN JOSÉ GRAÑA MORENO

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

NUNE KIRAKOSYAN MALOYAN

JOSE NAVARRO GODRID

1 Introducción

Los almacenes sanitarios cumplen una variedad de funciones, incluido el almacenamiento de suministros médicos. El almacén de salud almacena una variedad de suministros y materiales médicos, incluidos equipos médicos, instrumentos quirúrgicos, vendajes, apósitos, medicamentos, vacunas y suministros de laboratorio. Estos consumibles son esenciales para el diagnóstico, el tratamiento y la atención sanitaria.

El celador es también responsable de la gestión eficiente de inventarios. Esto incluye registrar con precisión el inventario, monitorear las fechas de vencimiento de los productos, identificar y solicitar nuevas compras cuando sea necesario y administrar los niveles de inventario para evitar desabastecimientos y excesos.

Un almacén sanitario es una instalación diseñada para almacenar bienes y materiales relacionados con la salud y la atención médica. Estos almacenes son una parte esencial de hospitales, clínicas, centros de salud y otras instalaciones sanitarias para garantizar un suministro adecuado de productos necesarios para la atención de los pacientes y el funcionamiento eficiente de los servicios sanitarios.

Son el punto de partida para la distribución y suministro de insumos médicos en las diferentes áreas y servicios de un establecimiento de salud. El celador es responsable de preparar y enviar los pedidos y de garantizar que los productos que necesita estén disponibles cuando y donde los necesite.

También es importante recordar que los almacenes sanitarios deben mantener altos estándares de calidad y seguridad en la gestión de suministros. Esto incluye cumplir con las normas y regulaciones sanitarias, asegurar el correcto almacenamiento del producto (temperatura, humedad, condiciones especiales), realizar inspecciones periódicas, verificar la integridad de envases y embalajes y asegurar que el producto esté libre de contaminación y daños.

2 Objetivos

Explicar las distintas funciones del grupo de celadores en los almacenes de los diferentes centros sanitarios, hospitales y centros de Atención Primaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los celadores de los almacenes sanitarios desempeñan un papel importante en el mantenimiento y funcionamiento eficiente de estos espacios. Una de las funciones que suelen realizar los celadores en los almacenes médicos es la gestión

de inventario. En este caso, el celador es responsable del seguimiento de los suministros y productos almacenados. Esto incluye mantener registros actualizados, realizar recuentos periódicos y notificar al personal apropiado cuando es necesario reponer el inventario.

Además, este profesional recibe entregas de productos y materiales y los coloca adecuadamente en lugares de almacenamiento adecuados. Esto incluye verificar la precisión de la entrega, verificar posibles daños al producto y garantizar un almacenamiento seguro y ordenado.

Los celadores son profesionales que trabajan en el campo médico o de seguridad y se encargan de apoyar y realizar tareas auxiliares en hospitales, clínicas, centros de salud, establecimientos penitenciarios y empresas de seguridad, entre otros. El papel principal de un celador puede variar según el contexto y el entorno en el que trabaja.

También es responsable de mantener el orden y limpieza dentro del almacén sanitario. Esto incluye eliminar adecuadamente los desechos y materiales innecesarios y mantener limpios los pasillos accesibles y las áreas de almacenamiento.

Otra función importante es que los celadores pueden trabajar con el personal médico y de enfermería para proporcionar los suministros y materiales necesarios para la atención del paciente. Esto incluye responder consultas, localizar y entregar oportunamente los artículos solicitados y garantizar el cumplimiento de los protocolos de seguridad y control.

Es importante asegurarse de que los productos almacenados no hayan caducado. Los administradores deben realizar un seguimiento de las fechas de vencimiento y trabajar en estrecha colaboración con el personal adecuado para garantizar que los productos vencidos se retiren y reemplacen según sea necesario.

También podrá participar en procesos de inventario y auditorías periódicas. Esto incluye trabajar en estrecha colaboración con el personal adecuado para contar e inspeccionar los productos almacenados, identificar discrepancias y trabajar juntos para resolver problemas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el celador desempeña un papel fundamental en los almacenes sanitarios, siendo responsable de diversas funciones que contribuyen al correcto funcionamiento y abastecimiento de suministros en las instituciones de salud.

Las responsabilidades principales de un celador incluyen administrar el inventario, recibir y clasificar materiales, mantener la limpieza y el orden del almacén, cooperar con los trabajadores de atención médica en la entrega de suministros, administrar las fechas de entrega y de vencimiento, y administrar el inventario. Esto incluye la participación en auditorías, entre otras.

Estos deberes son esenciales para garantizar que los suministros estén en buenas condiciones y en cantidades suficientes para facilitar la atención médica y de los pacientes. El trabajo cuidadoso y eficiente de los celadores en los almacenes sanitarios contribuye directamente a la calidad de la atención médica y a la optimización de los recursos del sector de la salud.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/funciones-celador-almacen-hospitalario/>

Capítulo 414

LAS FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LOS HOSPITALES DE DÍA

NUNE KIRAKOSYAN MALOYAN

JUAN JOSÉ GRAÑA MORENO

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

MARIA SONIA NOMBELA SANCHEZ

JOSE NAVARRO GODRID

1 Introducción

Un hospital de día se define como un servicio integrado que forma parte del departamento de oncología de un centro hospitalario. Un hospital de día es un servicio donde los pacientes reciben tratamiento de procesos oncológicos en forma de ciclos de quimioterapia intracavitaria, intravesical o intraperitoneal, según el tipo de cáncer a tratar.

Los servicios de hospital de día consisten en puestos con boxes equipados con sillas y camillas, en función del estado de salud del paciente en ese momento del ciclo. Este tipo de pacientes son frágiles y tienen las defensas del sistema inmunológico debilitadas debido a la quimioterapia, hay que tener especial cuidado con ellos.

El hospital de día funciona como unidad de cuidados intensivos (UCI). Consiste en un mostrador circular que sirve como centro de actividad y servicio, alrededor

del cual se ubican lugares para sillas y camillas, desde donde el personal médico revisa el estado del paciente, los diferentes medicamentos y sueros.

El grupo de celadores forma parte del equipo del servicio compuesto por personal de enfermería, técnicos de cuidados auxiliares y especialistas en oncología. Se trata de un equipo multidisciplinar donde todos colaboran y están compenetrados. Es un trabajo duro, porque hay que tratar con pacientes que se encuentran muy asustados, frágiles y vulnerables.

2 Objetivos

Explicar las distintas funciones a realizar por el grupo de celadores en los hospitales de día de los centros hospitalarios, sobre todo con pacientes oncológicos.

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: celador- hospital- paciente- oncología.

4 Resultados

Los celadores trabajan con el equipo de profesionales médicos en el hospital de día para identificar y acomodar a los pacientes en todas las posiciones, incluidas sillas y camillas. También participan en los movimientos posturales que necesitan los pacientes encamados y en la colocación de vías intravenosas y cuñas si las necesita el personal médico o el personal de enfermería.

El grupo de celadores de los hospitales de día atienden a los pacientes que acuden a los hospitales desde las plantas de hospitalización, desde la sala de oncología del centro, o desde su propio domicilio, a veces en sillas de ruedas e incluso en ambulancias equipadas con camillas.

Cuando el enfermo ingresa en el hospital de día por la mañana, generalmente se realizan análisis de sangre y orina, durante los cuales el celador lo llevará al laboratorio lo antes posible. Este análisis se repite varias veces dentro de un ciclo;

los carros se cargan secuencialmente con muestras, se transportan de la misma manera al laboratorio y se vuelven a utilizar utilizando carros vacíos y moldes de pipetas.

Los pacientes con cáncer pueden requerir pruebas adicionales como radiografías, ecografías o tomografías computarizadas. Es responsabilidad del celador trasladar al paciente a los servicios requeridos para llevar a cabo estas pruebas.

Llevar al paciente al servicio designado, esperan que se complete la prueba y luego regresar al paciente al servicio. Este es uno de los servicios que requiere la presencia de un celador asignado en todo momento, ya que los pacientes pueden volverse inestables en cualquier momento, requiriendo una acción de emergencia por parte del personal médico. Abandonarán el servicio y entregarán muestras y equipos del servicio a otros servicios sólo si lo solicita el personal médico.

5 Discusión-Conclusión

Finalmente, en este capítulo hemos visto cómo el grupo de celadores de estos centros de día juegan un papel muy importante en la atención de los pacientes con cáncer.

Las funciones de celadores vistas en el apartado de Resultados anteriormente indican el número de funciones que realiza el grupo de celadores en estos centros y la importancia de la colaboración con el personal sanitario y no sanitario en los mismos.

Que la atención del paciente sea lo más cómoda y agradable posible, que el paciente se encuentre en un estado psicológico y físico lo más optimista posible, y pueda afrontar con entusiasmo y fuerza la enfermedad que le afecta psicológicamente.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/funciones-celador-salud-mental-hospitalaria/>

Capítulo 415

LAS DIVERSAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE LOS PACIENTES

NUNE KIRAKOSYAN MALOYAN

JUAN JOSÉ GRAÑA MORENO

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

MARIA SONIA NOMBELA SANCHEZ

JOSE NAVARRO GODRID

1 Introducción

Cuando se habla de que los celadores realizan el transporte intrahospitalario se refiere al transporte que se realiza siempre dentro del recinto hospitalario. Normalmente, se trata de trasladar a los pacientes hospitalizados a servicios específicos para pruebas diagnósticas, procedimientos, consultas médicas, etc.

Debido a las especiales características de los hospitales, cada día se producen un gran número de traslados entre diferentes departamentos, la mayoría de los cuales son atendidos por celadores del hospital. Este capítulo describe las diferentes formas de traslados y las mejores maneras de abordarlas.

Este tipo de transporte lo realiza el grupo de celadores de las instalaciones del hospital y en algunos casos los servicios de emergencia. Los trabajadores no sanitarios también están regulados por la ley. Su objetivo es considerar todas las precauciones a tomar al transportar a un paciente.

Por otra parte, el celador es responsable del transporte de pacientes dentro del hospital (transporte intrahospitalario). A menudo estos pacientes requieren oxigenoterapia. Se trata de una medida terapéutica que consiste en administrar una concentración de oxígeno superior a la contenida en el aire circundante. Dirigido a prevenir los síntomas y el desarrollo de la hipoxia.

Se debe retirar al paciente del ventilador de cabecera antes de proceder con el traslado. Si el paciente es transportado con una bombona de oxígeno, esta debe estar conectada a la bombona de oxígeno portátil. El personal médico es responsable de retirar el oxígeno del tomacorriente de pared, conectarlo al cilindro de oxígeno portátil y marcar los litros por minuto adecuados que debe consumir el paciente durante el transporte.

2 Objetivos

Explicar las diferentes funciones del grupo de celadores en el traslado del paciente dentro del ámbito intrahospitalario en 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. Palabras claves: celador, hospital de día, paciente, traslados

4 Resultados

Hay muchos factores diferenciadores de los traslados dependiendo de si son en urgencias o en planta, si son para pruebas diagnósticas, traslado entre diversas unidades, gravedad, edad y consciencia del paciente, si lleva oxígeno, sueros, drenajes, si es en silla cama o camilla, etc., traslado por pasillos con gente y variaciones de temperatura, por lo que atendiendo a los datos que disponemos también

deberá tener en cuenta que en el caso de que el traslado sea en cama y sea eléctrica, deberá estar desenchufada y con las barandillas de seguridad subidas para evitar posibles caídas.

El celador deberá dar las oportunas explicaciones de cómo se va a realizar el traslado y a qué servicio va a acudir el paciente, siempre en un lenguaje claro y comprensible o en su defecto se informará a la familia.

En el caso de que se trate de un paciente crítico, el traslado siempre se llevará a cabo por el médico que lleve al paciente, un enfermero o enfermera que pueda vigilar las constantes vitales y por supuesto el celador que es encargado de que este transporte llegue al servicio donde se realizarán los cuidados adecuados.

Siguiendo estos pasos lograremos determinar con exactitud el papel del celador en los traslados, atendiendo a los múltiples factores que intervienen en dicho traslado, como pueden ser gravedad del paciente y grado de consciencia, la edad, que el paciente esté en silla camilla o cama, los aparatos necesarios para el traslado como balas de oxígeno, bombas de perfusión, sueros, drenajes y la necesidad de paciente acompañado (acompañados por enfermeras o médicos dependiendo de su gravedad, de sus padres en caso de menores)

Las normas básicas que debe seguir el celador serán:

- Comunicar de forma clara el motivo del traslado.
 - Comprobar siempre el nombre del paciente.
 - Llevar registros de antecedentes y exámenes médicos.
 - Solicitar ayuda si lo necesita (enfermera, padre de menor, etc.).
 - Recogida de pertenencias del paciente (para traslado de unidad).
- Se requieren mantas, sábanas y toallas sanitarias (p. ej., el paciente tiene frío, almohadilla de transferencia durante el examen

5 Discusión-Conclusión

Como puedes ver, los celadores juegan un papel importante en estos traslados e intervienen directamente en ellos. Por tanto, si sabe siempre cómo actuar y cómo llevar a cabo su trabajo en cada caso individual, el traslado de pacientes dentro del hospital será lo menos confuso para él.

Es necesario evitar cruzar zonas con corrientes de aire, evitar situaciones en las que el paciente no se sienta cómodo y realizar el tratamiento de forma coordi-

nada una vez que el paciente ha llegado al destino (nunca se deja solo al paciente). Luego, si el personal médico realiza las pruebas correspondientes, deberá reactivar secuencialmente el Protocolo de Transporte Hospitalario (ITH) y regresar al box en caso de que se encuentre en la sala de emergencias.

O, si eso no funciona, vaya a la habitación del hospital. Por tanto, concluimos que la seguridad del traslado intrahospitalario depende de una adecuada coordinación de los servicios y una correcta movilización de los pacientes.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/celador-traslado-bala-de-oxigeno/>

Capítulo 416

EL CELADOR Y SUS COMETIDOS EN EL SERVICIO DEL ANIMALARIO DE UN HOSPITAL

JOSE NAVARRO GODRID

JUAN JOSÉ GRAÑA MORENO

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

NUNE KIRAKOSYAN MALOYAN

MARIA SONIA NOMBELA SANCHEZ

1 Introducción

El animalario es un servicio independiente del centro hospitalario, pero de su propiedad. Su uso principal es la investigación médico-legal. Se utiliza, además, para procedimientos científicos y educativos. Para preservar el bienestar o la salud de los pacientes y la de los animales mediante la protección de un entorno natural.

Para la investigación, se hace necesaria la existencia de estos lugares, ya que una de las partes fundamentales de la investigación es la experimentación con animales. A lo largo del tiempo, se han conseguido logros de gran importancia. Aunque es un tema controvertido, el uso de animales para la investigación.

Si hacemos referencia a la instrucción y la formación, se experimentará con animales en el entorno del centro sanitario, dentro de las instalaciones habilitadas para ellos, ya sea con fines de tratamiento médico o de diagnóstico.

La función del cometido del celador, qué recogida en el artículo 14-2/21 del Estatuto del Personal No Sanitario. Aquí queda incluida la alimentación de los animales y la limpieza de las jaulas.

Se deberá llevar un registro de la instalación de animales, con un recuento fiable de la cantidad que hay dentro de la misma. Se incluirán las especies, las entradas y salidas, los diferentes sacrificios de animales, y en general todos los resultados. Esto se tomará nota en unas fichas adaptadas para tal fin.

2 Objetivos

- Enumerar las tareas llevadas a cabo por el grupo de celadores en el servicio de animalario.
- Explicar en qué consisten estas tareas fundamentales para el campo 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

Los requisitos que se deben de cumplir para el cuidado correcto de los animales en los hospitales son:

- Los animales dispondrán de un lugar y ambiente adecuados. Comida y agua no pueden faltar.
- Que su circulación no se encuentre restringida.
- Se velará por la salud física y mental de los animales.
- Las necesidades etológicas y fisiológicas tendrán que ser satisfechas por los cuidadores, en este caso, los celadores.
- Inspecciones periódicas de las instalaciones y el entorno de los alrededores, serán necesarios para asegurar un nivel de bienestar adecuado.

- Planificar las tareas para que la salud y el bienestar de los animales no se deteriore.
- Contar con una serie de instrucciones escritas para el trabajo.
- Un plan de actuación en el caso hipotético de una emergencia o un desastre natural.
- No se permitirá el acceso a personal no autorizado.
- Intentar que los animales no sientan dolor y estén en las mejores condiciones posibles.

La responsabilidad primera del celador es cuidar de los distintos animales, ofreciendo todo el cuidado que estos necesiten.

Esterilizará y limpiará de residuos las bandejas.

Se asegurará de que tengan espacio para moverse y que el entorno sea el adecuado

Procurará una alimentación equilibrada, según las necesidades y las características, teniendo en cuenta el tipo de especie y la edad.

Los machos y las hembras, permanecerán separados si la procreación no es lo adecuado.

Tendrá que buscar, encontrar y devolver a sus jaulas a los animales que por descuido se escaparon del animalario.

Trasladar a las distintas dependencias, donde sean requeridos, será función del celador.

Si se diera el caso, retirará, enterrará o procederá a la incineración de los cadáveres, siempre siguiendo la normativa del centro sanitario al respecto.

5 Discusión-Conclusión

El puesto de cuidador es fundamental para el funcionamiento eficiente de la instalación para animales y el avance de la biomedicina, los productos farmacéuticos y la atención sanitaria.

Los celadores están a cargo de cuidar las instalaciones para animales, lo que incluye alimentar y dar de beber a los animales, mantenerlos limpios, moverlos, ayudar con los experimentos y, en general, cuidarlos para mantener su salud.

El libro de registro es necesario para que los animales presentes, sus clases, cuáles se utilizaron en el experimento, los resultados, etc., puedan identificarse con precisión, incluso desde fuera del animalario.

Los animales también reciben un cuidado excelente, un alto nivel de vida y un mantenimiento actualizado por parte de los guardias que se encargan de todas las tareas de mantenimiento necesarias.

Son los encargados de supervisar y cuidar a los animales.

6 Bibliografía

– https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-el-animario#que_es_el_animario

Capítulo 417

FUNCIONES DE CELADOR EN EL CENTRO DE SALUD

ANTONIA CARRETERO ROMERO

ANDRES ROSADO BALLESTEROS

JESÚS PERUJO GARCÍA

1 Introducción

La atención primaria puede ser definida y conceptualizada desde distintas perspectivas. Frecuentemente, en nuestro entorno, se la considera como una parte esencial o nuclear del sistema sanitario: la puerta de entrada a través de la que los usuarios y pacientes toman inicialmente contacto con los servicios de salud. El celador como personal sanitario desempeña un papel importante en el ámbito de la atención primaria, al igual que en el hospital es el encargado de trasladar tanto a pacientes como materiales, así pues, el celador constituye parte del equipo médico en la atención primaria.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Los celadores son el personal no sanitario que trabaja al servicio de las instituciones sanitarias. En verdad, en el Estatuto Marco del Personal Estatutario los

clasifica como personal de gestión y servicios. Su labor es fundamental para lograr el correcto funcionamiento de estos centros, al igual que los médicos y el personal de enfermería.

2 Objetivos

Exponer las distintas funciones que tiene el celador en el ámbito del 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

En este capítulo vamos a tratar el tema de las funciones del celador en un centro de salud.

Dentro de las funciones encontramos estas:

- Traslado de documentos y objetos.
- Cuidar que los pacientes utilicen de manera correcta las instalaciones.
- Vigilancia y custodia del centro de trabajo.
- Movilización de enfermos.
- Apoyo al personal sanitario.
- Servicios de guardia.
- Vigilar comportamientos de enfermos y visitantes, así como el acceso a las estancias de los familiares.
- Traslado de muestras biológicas
- Traslado de bala de oxígeno
- Controlará la entrada y salida de personas que, aun trabajando en la Institución, no pertenezcan a estas (trabajadores de reparto, mensajeros...) procediendo a controlar la identificación de dichas personas.
- Ayudarán al PERSONAL SANITARIO, si son requeridos, en curas y pequeñas intervenciones.

-Informar y asesorar sobre las actividades y normas del centro, vigilancia del acceso y circulación de usuarios, así como velar por la correcta utilización de los mismos, colaborando en tareas de apoyo en el traslado y desplazamiento de pacientes con limitaciones.

No es función del celador atender al teléfono para:

-Llamadas de citas.

-Funciones de centralita.

-Llamadas de vacunas, recetas, tarjeta, partes, etc.

El celador organiza, señala, gestiona y explica a los pacientes cómo funciona todo lo que hay en el centro de salud. También, controla que los pacientes no hagan mal uso de las instalaciones que tienen a su disposición, evitando así un acelerado deterioro de las mismas.

El celador como personal sanitario desempeña un papel importante en el ámbito de la atención primaria, al igual que en el hospital es el encargado de trasladar tanto a pacientes como materiales, así pues, el celador constituye parte del equipo médico en la atención primaria.

La labor de los Celadores en el ámbito sanitario es fundamental para la atención y tratamiento adecuado de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores están considerados como personal no sanitario, que trabaja en los servicios de las instalaciones médicas. Su trabajo, al igual que el de los médicos y el personal de Enfermería, es necesario para el buen funcionamiento de estos centros.

Los riesgos más habituales del puesto de trabajo del celador y las medidas de prevención y protocolos aplicables. Entre ellos se incluyen los riesgos biológicos, de la manipulación manual de cargas y de la movilización de pacientes, agresiones de los pacientes al personal en la mayoría de los casos, en situaciones de estrés por parte de los familiares y los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/competencias-celador-atencion-primaria/>
2. Cursos realizados con el entidad FYSA

Capítulo 418

INGRESO DEL PACIENTE EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA. ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE EL INGRESO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DONDE SE ENCUENTRE ADSCRITO

AITOR GÓMEZ SAIZ

BERNARDO LUZ MARTÍNEZ

LUIS MANUEL LÓPEZ BREA ORTIZ

MARÍA DE LOS SANTOS ALCÁZAR GRANADOS

ANTONIO FERNÁNDEZ VILLAGRÁN

1 Introducción

En el ámbito sanitario nos referimos a un ingreso del paciente en un servicio hospitalario cuando dicho paciente queda hospitalizado en una unidad especializada en su diagnóstico con la finalidad de determinar un diagnóstico clínico certero, proporcionar tratamiento al paciente y observar la evolución del paciente una vez administrado el tratamiento farmacológico correspondiente. Una vez el paciente se recupere será dado de alta.

Dentro del ámbito sanitario, únicamente se puede proporcionar el ingreso hospitalario a los pacientes en la atención médica especializada, concretamente en los centros hospitalarios, puesto que la atención médica de primaria no presta el servicio de ingreso del paciente ya que es una atención de primer nivel, la cual no es una atención continuada durante las 24 horas del día, los 365 días del año. El ingreso hospitalario del paciente puede presentar las siguientes modalidades:

- Ingreso programado debido a una intervención quirúrgica programada.
- Ingreso programado debido a la realización de una prueba diagnóstica de un paciente con anestesia.
- Ingreso programado debido a la inducción al parto de las pacientes gestantes.
- Ingreso desde el servicio de urgencias ante la necesidad de realizar una intervención quirúrgica.
- Ingreso desde el servicio de urgencias para la realización de pruebas diagnósticas, pruebas exploratorias y administración de un tratamiento farmacológico.

2 Objetivos

- Enumerar las áreas en las cuales puede ser ingresado un paciente.
- Detallar las funciones desarrolladas por los celadores durante el ingreso de un paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como se ha mencionado anteriormente, son múltiples las modalidades de ingreso de un paciente que acude a la atención especializada. El ingreso de un paciente en una unidad u otra del centro hospitalario estará determinado por el motivo que determina el ingreso y por la especialidad médica de su diagnóstico clínico. A continuación, se va a detallar los motivos de ingreso de las diferentes unidades. Funciones de los celadores en las diferentes áreas hospitalarias:

- Unidad de Cuidados Intensivos.

En la unidad de cuidados intensivos ingresan aquellos pacientes cuyo diagnóstico clínico es delicado o reservado, pueden ingresar desde las siguientes unidades hospitalarias:

- Servicio de urgencias.
- Unidad quirúrgica.
- Plantas de hospitalización.
- Unidad de hemodinámica.
- Plantas de hospitalización.

En las plantas de hospitalización ingresan aquellos pacientes que requieren de realización de más pruebas diagnósticas o de la administración de un tratamiento. En las plantas de hospitalización pueden ingresar pacientes desde:

- Servicio de urgencias.
- Unidad de cuidados intensivos tras recibir el alta en dicha unidad.
- Unidad quirúrgica.
- Unidad de hemodinámica.
- Otra planta de hospitalización.
- Unidad de salud mental hospitalaria.

En la unidad de salud mental hospitalaria ingresan aquellos pacientes psiquiátricos que requieren de atención psiquiátrica, acuden desde el servicio de urgencias.

- Boxes del servicio de urgencias.

En los boxes del servicio de urgencias ingresan aquellos pacientes que acuden al servicio de urgencias con dolencias y requieren de una camilla para poder ser explorados y desde la cual realizarle las pruebas diagnósticas pertinentes.

- Sala de observación del servicio de urgencias.

En la sala de observación de urgencias ingresan aquellos pacientes que requieren de una observación de entre 24 y 72 horas.

Las funciones de los celadores durante el ingreso de los pacientes serán generalizadas en cada uno de los servicios, siendo de mayor complejidad la unidad de cuidados intensivos, en la cual debe permanecer el celador disponible durante todo el procedimiento de ingreso del paciente.

Las funciones de los celadores son:

- Transferir al paciente desde la camilla o cama de otra unidad, a la cama hospitalaria de la unidad donde ingresa.
- Movilizar al paciente durante las actuaciones realizadas al paciente ingresado.
- Trasladar las muestras biológicas y analíticas extraídas del paciente durante su ingreso. El destino de las muestras y analíticas serán los diferentes laboratorios y el servicio de anatomía patológica.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Ingreso del paciente en una institución sanitaria. Actuación del celador durante el ingreso del paciente en la unidad donde se encuentre adscrito” nos demuestra, en primer lugar, las diferentes modalidades de ingreso y servicios en los cuales puede ser ingresado un paciente y, en segundo lugar, las funciones desarrolladas por los celadores durante los ingresos del paciente.

Es importante hacer hincapié en que los celadores es un miembro más del equipo asistencial del servicio en el cual va a ser ingresado el paciente, por lo que debe participar durante todo el proceso de ingreso en el caso en el que el paciente requiera de movilizaciones y actuaciones debido a sus dolores, incapacidad o dependencia.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 419

EL TRASLADO DEL PACIENTE POR EL CELADOR A LAS DIFERENTES PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE

MARIA ANTONIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA

ANGELA ARAQUE GARCIA DE LA REINA

1 Introducción

En el centro hospitalario para una mejor atención y cuidado de los enfermos, además de las pautas y tratamientos de medicación, consultas, ingresos hospitalarios, derivaciones a otros centros, etc., existe la realización de las pruebas diagnósticas. Una prueba diagnóstica es la realización de un acto complementario, que puede ser más simple o más complicado, cuyo fin es descubrir en los pacientes, síntomas y pistas de su enfermedad, y que no pueden descubrirse a simple vista.

La prueba diagnóstica comprende toda la información archivada dentro de la historia clínica del paciente, pero también entran dentro de su acepción, las exploraciones físicas y los estudios que ayudan a descubrir la enfermedad, como analíticas (sangre, orina, esputo, heces), placas radiológicas (tórax, abdomen, columna,

miembros, cabeza), Tomografía Axial Computarizada (TAC), con contraste o sin contraste, punciones (mamarias, lumbares, pulmonar), colonoscopias, ecografías, biopsias, mamografías, etc.

En la mayoría de los casos de la realización de estas pruebas diagnósticas, interviene el celador, cuya función consiste en el traslado del paciente hasta la sala de la citada prueba, que exigirá al mismo, que en dichos traslados se tomen una serie de medidas, en unos casos atendiendo al tipo de prueba y en otros, atendiendo al estado físico del paciente, que son las que se desarrollarán en este capítulo.

2 Objetivos

- Describir los diferentes tipos de pruebas diagnósticas y las condiciones para su realización.
- Conocer las medidas que el celador debe adoptar con el traslado del paciente, según el tipo de prueba diagnóstica.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

En las pruebas radiológicas convencionales, es decir, las placas radiológicas, el celador realiza el traslado del paciente en silla de ruedas o en la propia cama del enfermo, dependiendo del estado en que se encuentre en el momento de la realización. En la sala de rayos x, el celador, colabora con el resto del equipo, técnicos de rayos y celador del servicio, al intercambio del paciente a la mesa de rayos, para la realización de la placa de tórax, abdomen, columna, miembros o cabeza. Si el paciente porta sueros y bolsa de diuresis, hay que prestar especial cuidado en la movilización del mismo, para evitar, el desenganche de vías o sonda. En los TAC, cuando el paciente se encuentra estable, y es sin contraste, el celador traslada al paciente en silla de ruedas hasta la sala del mismo. En los casos de

tac con contraste, con yodo, debido a sus posibles efectos secundarios, mareos, vómitos o alergias, el celador baja al paciente en su propia cama o camilla en el caso de provenir de alguna unidad de las urgencias hospitalarias.

En las resonancias magnéticas, cuando se utiliza, la sedación del paciente, siempre, el celador, debe bajar al paciente, en su cama. Los efectos de la anestesia tarda un tiempo, y el paciente debe encontrarse tumbado.

Las ecografías mamarias y de otro tipo, si el paciente está estable y en buenas condiciones físicas, el celador puede bajarlo en silla de ruedas, pero si presenta un estado poco estable, será en la propia cama del paciente.

En todo tipo de punción, mamaria, lumbar, pulmonar, así como en las biopsias realizadas, el paciente siempre debe bajar en su cama, el celador, es el encargado de dicho traslado, porque conoce los efectos secundarios de dicha punción en los órganos tan sensibles que se realiza.

Para la realización de las colonoscopias o endoscopias, el paciente, siempre debe ir en cama o camilla, por los efectos secundarios de la sedación. El celador baja al paciente hasta la sala de las pruebas en su cama, aunque el paciente entre en la misma a pie, la salida, siempre se realiza, intercambiándolo, a su cama.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que el celador conozca todos los tipos de pruebas diagnósticas que se realizan en el centro hospitalario donde trabaja. Cuando un celador tiene el listado de los pacientes que deben realizarse cualquier tipo de prueba, no tiene el medio de cómo realizar el traslado, aunque el paciente se encuentre estable, algunas de las pruebas diagnósticas, exigen que se realicen en cama o camilla.

Reseñar, en referencia con el medio de traslado, la inexperiencia del personal sanitario, que en muchas ocasiones, no conocen cómo realizarlo, dependiendo del tipo de prueba, la razón, que no es función de dicho personal sanitario, el traslado del paciente, y dejan, esa responsabilidad, recaer, en la figura del celador, que es la persona que visita todos los servicios y unidades del centro hospitalario.

6 Bibliografía

1. El papel del celador en el hospital. Disponible en: <https://e-archivo.uc3m.es>.
2. Pruebas diagnósticas y su aplicación en los estudios complementarios. Disponible en: <https://www.revistadenefrologia.com>
3. Orden de 5 de Julio de 1971 por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones de la Seguridad Social.

Capítulo 420

FUNCIONES DE TRASLADO DEL MATERIAL E INSTRUMENTAL SANITARIO POR EL CELADOR

FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE

MARIA ANTONIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA

ANGELA ARAQUE GARCIA DE LA REINA

1 Introducción

En las tareas diarias del celador también aparecen los traslados de todo tipo de material e instrumental sanitario. Es una función que se recoge en su estatuto, y, por tanto, es obligación del mismo, realizar dichos traslados. En un centro hospitalario se realizan multitud de cambios y traslados de materiales y de instrumental, entendiendo estos últimos como los aparatos, accesorios, máquinas, etc., que se necesitan en un servicio determinado para una cuestión concreta.

El celador en este intercambio de lugar de tantos enseres, siempre, debe procurar el circuito de acceso secundario, que es, por donde transita menos usuarios y pacientes. En caso necesario, también, podrá utilizar el circuito primario, pero, con la precaución de maniobrar dichos materiales e instrumentos con suma precaución para evitar choques inesperados con los usuarios del centro hospitalario.

Dentro de los materiales se consideran como tales, mobiliario del hospital, como mesas, sillas, estanterías, colchones, estructuras de camas, etc., y como instrumentos sanitarios, todos aquellos relacionados con los aparatajes que son necesarios en las distintas unidades hospitalarias, consultas, salas de pruebas diagnósticas, gimnasio, etc.

En este capítulo se va a realizar una descripción de los distintos materiales, enseres e instrumentos sanitarios, que el celador, en su quehacer diario, debe trasladar, mover, llevar, traer, acercar, cambiar, etc., de una ubicación a otra del centro.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes materiales e instrumentos sanitarios que el celador maneja diariamente.
- Describir las circunstancias y el contexto en las que el celador traslada el material e instrumentos sanitarios.

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

Un día de trabajo en la vida de un celador, se compone, de unir y venir, desde el puesto donde está destinado hasta otras dependencias, consultas y unidades del centro hospitalario. En este ir y venir se engloban los traslados de los pacientes a las distintas pruebas complementarias que tienen pautadas por el equipo médico que le atiende.

Pero en esta carrera sin fin, el celador, también, traslada materiales e instrumental que son necesarios para la curación y atención del paciente. El celador, destinado en la unidad hospitalaria del centro, es el encargado de bajar los colchones de las camas, deteriorados, hasta los contenedores de material inorgánico, para su

retirada por el servicio contratado, para subirse desde el almacén del hospital, un nuevo colchón hasta la planta. Lo mismo ocurre con las camas deterioradas que son retiradas para su arreglo o cambio, hasta el servicio de mantenimiento, cambiándola por otra cama que está en perfecto estado de funcionamiento.

El celador de rayos está en continuo traslado con el ecógrafo y con el aparato portátil de rayos x. Cuando el paciente se encuentra en estado grave de salud, hay que realizar la placa radiológica sin mover al paciente, con lo cual, el técnico y el celador deben subir hasta la unidad del paciente a efectuar dicha placa. En uci polivalente, en uci pediátrica, en la rea, el celador sube continuamente dicho aparato, o el ecógrafo, en caso de necesitarse una ecografía para algún paciente ingresado en estas unidades.

Los celadores de urgencia están continuamente trasladando aparatos sanitarios, como pies de suero, bombas de perfusión, carros de parada, pantallas de monitores, siempre bajo las indicaciones del personal sanitario allá donde los necesitan.

En el quirófano, los celadores destinados en el servicio, están sujetos a las órdenes de cirujanos y especialistas, según la intervención que se vaya a practicar, colocando, el arco en su posición correcta, las perneras, y cualquier otro instrumental demandado para la operación.

5 Discusión-Conclusión

Son variados los materiales e instrumental sanitario que el celador en su labor diaria tiene que trasladar de un lugar a otro del hospital. Unas veces la ocasión no es urgente, pero otras muchas, de su actuación rauda, dependen el éxito de una prueba o una intervención para el paciente.

En el manejo de los traslados de los aparatos sanitarios, hay muchos de ellos, que son muy sensibles, caso del aparato portátil de rayos x o los ecógrafos, cuyos movimientos, entradas y bajadas de los ascensores, en los cambios de nivel, etc., deben tratarse con especial mimo y cuidado, para no alterar el software de sus componentes informáticos.

6 Bibliografía

1. Funciones de los celadores en el traslado de material e instrumentos sanitarios. Disponible en: <https://sindicatocean.es>.
2. El traslado de objetos y material sanitario por el celador. Disponible en: <https://www.cgtsanidadlpa.org>.

3. El traslado de documentación y objetos por el celador. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

Capítulo 421

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE GRANDES QUEMADOS

FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE

MARIA ANTONIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA

ANGELA ARAQUE GARCIA DE LA REINA

1 Introducción

Se le denomina paciente gran quemado a la persona que ha tenido algún accidente debido al fuego, a la corriente eléctrica, a elementos químicos o a consecuencia del humo inhalado, que le ha producido quemaduras en su cuerpo en un porcentaje superior al veinte por ciento del mismo. Las causas de estos accidentes pueden ser fortuitas o provocadas, es decir, intentos de autólisis o intentos de homicidios.

Generalmente, son pacientes en estado muy grave que para salvar sus vidas pasan por tres fases, la curación de las heridas, la cirugía y el trasplante, en su caso, de la piel perdida o eliminada, generalmente, proveniente del propio paciente.

Actualmente, en nuestro país existen siete centros hospitalarios que cuentan con esta unidad de grandes quemados, siendo referencia, a nivel mundial, en sus

cuidados y en las estadísticas de curación, más del noventa por ciento. La unidad de grandes quemados está compuesta por la zona de hospitalización, la zona para los procesos de hidroterapias, la zona de curas, el quirófano de la unidad y el protocolo de trasplante de piel, contando, algunos centros hospitalarios con el correspondiente banco de piel.

El equipo profesional, multidisciplinar, de la unidad de grandes quemados, está compuesto por todos los especialistas existentes en el centro sanitario, desde cirujanos plásticos, dermatólogos, otorrinos, psiquiatras, etc., hasta el personal sanitario y no sanitario, como enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores.

2 Objetivos

- Conocer las características de una unidad de grandes quemados.
- Describir las funciones que el celador desarrolla en la unidad de grandes quemados.

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 ingresos del paciente gran quemado suele realizarse en la unidad por el traslado en uvi móvil o helicóptero medicalizado. El celador de la unidad, colabora, en este traslado, realizando el intercambio del paciente, desde la camilla de cualquiera de los dos transportes sanitarios, hasta la cama de la unidad. Movilización y traspaso que se realiza en bloque del paciente.

La primera actuación a realizar con el paciente es monitorizarlo y la colocación de una vía arterial, para la administración de medicación pertinente, y en algunos casos, en quemados muy críticos, administrar algún sedante, para que el celador, haga el traslado hasta la zona de hidroterapia, donde, el paciente, recibe una

ducha de agua salina y antimicrobiana, para desprender del paciente restos de piel muerta y de otros elementos.

Seguidamente, el celador, colabora, en la movilización del paciente, para las curas y el lavado de las quemaduras producidas. En esta movilización hay que prestar especial cuidado en cada acción que se realiza, en coordinación con todo el equipo sanitario, siguiendo las indicaciones de la enfermera, y conociendo el tipo y clase de quemadura que presenta el paciente, evitando movimientos bruscos y rápidos. El celador en todo momento debe ir equipado con el equipo de protección, guantes, bata y en algunos casos mascarilla, para evitar contaminar al paciente. Este tipo de paciente es proclive a la infección por microorganismos al carecer de piel en mucha parte de su cuerpo, y suponiendo, la falta de la misma, la vía de entrada para la infección. Por este motivo, el celador, debe cambiarse, constantemente los guantes y lavarse las manos.

El celador de la unidad tiene también la función de trasladar a los pacientes al quirófano de la misma, en caso de intervención o de la realización del trasplante de piel, siguiendo las indicaciones del personal sanitario, colaborará en la colocación del paciente en la mesa de intervención y permanecerá, en el antequirófano, todo el tiempo de la misma. Una vez acabada la intervención, el celador trasladará al paciente hasta su habitación.

5 Discusión-Conclusión

El celador destinado en la unidad de grandes quemados tiene que tener una alta capacitación en los movimientos y cambios posturales con este tipo de paciente. Al mismo tiempo, debe preservar las normas de prevención y seguridad en todo momento, ya que estos pacientes son propensos a cualquier tipo de infección o contaminación que se contagie por vía de la piel, al no tener la misma y poseer quemaduras abiertas a cualquier exposición vírica.

El lavado de manos y el cambio de guantes son premisas a tener en cuenta siempre, y en algunos casos, más agudos, el uso de mascarilla, para evitar la exhalación de virus u otros gérmenes que pudieran producir una contaminación cruzada en el paciente.

6 Bibliografía

1. El reto de curar y cuidar a los grandes quemados. Disponible en: <https://diarioenfermero.es>.
2. Unidad de grandes quemados. Disponible en: <https://www.lafe.san.gve.es>.

3. Funciones del celador en la UCI. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

Capítulo 422

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN LA PLANTA DE MATERNIDAD

MIHAELA PINTEA

JOSÉ GARCÍA CANO

DANIEL DÍAZ PINTEA

ANA MARIA SOTO DELGADO

CRISTINA SANCHEZ CARPENA

1 Introducción

Múltiples estructuras y servicios con una finalidad específica conforman un centro hospitalario.

El Servicio de maternidad entra dentro de la categoría de estos servicios y está relacionado con la hospitalización.

La paciente ingresa a este servicio a través de diversas unidades, ya sea desde consultas, urgencias o ingreso central en el caso de que se programe el parto o se realice una cesárea.

El Servicio de Consulta (Ginecología-Obstetricia) y de Atención Primaria (matrona) realizan el seguimiento de la paciente durante todo el embarazo.

Durante este seguimiento se evalúa el feto y el proceso gestacional y se respeta el acto de nacimiento.

Son muchas las categorías profesionales que trabajan dentro del Servicio en el área de parto hospitalario, entre ellas médicos, enfermeras, matronas, técnicos en

cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), celadores y auxiliares administrativos. Cada uno de ellos contribuye significativamente al campo o servicio en el que trabajan.

Dado que en la sala existen diversas zonas en las que estarán las pacientes dependiendo del momento en el que se encuentren (monitores, dilataciones, parto), el personal de este departamento deberá estar extremadamente atento a la evolución del paciente en la sala y trasladarla según el momento en el que se encuentre. Los pacientes permanecerán en este servicio hasta que sean enviados a casa tras el alta.

2 Objetivos

- Indicar las principales responsabilidades que tiene el celador en el servicio de maternidad de un centro hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dado que el celador permanece con la paciente durante todo el proceso del parto, su papel en esta sala es crucial.

Podemos destacar algunas de las múltiples funciones del celador en este ámbito:

- Recibir a la paciente y determinar si necesita ayuda para sentarse en una silla, cama o camilla.
- Decirle que informe al servicio de admisiones de sus datos.
- Avisar al hospital de su llegada y entregarles el formulario de ingreso.
- Recibir al área de hospitalización a pacientes con antecedentes médicos y alertar al personal de enfermería.
- Velar por el orden de la planta y el buen uso de las instalaciones.
- Inspeccionar y mantener los equipos, incluidas camas, carros, portasueros, etc., asegurándose de que estén siempre en su lugar y reportando cualquier anomalía

al supervisor para su reparación.

- Trabajar en conjunto con el personal médico para ayudar con la limpieza, ajustes posturales, levantar y acostar a los pacientes.
- Traslado de pacientes a diversas consultas, como consulta de eco, anestesia, hospital de día, etc.
- Traslado de pacientes que lo necesiten en cama o en carrito tras ser dados de alta.
- Traslado de pacientes a quirófanos o salas de parto.
- Traslado de niños con sus antecedentes médicos a la unidad neonatal o para consulta.
- Trasladar a madres que necesitan ser trasladadas para realizar pruebas o amamantar.
- Asistir a quienes lo requieran en la realización de una cirugía preoperatoria.
- Reunir materiales de preparación para próximas intervenciones.
- Transporte de muestras para análisis al laboratorio.
- Enviar historiales de altas al control y archivos.
- Traslado de pacientes y sus historias clínicas para la realización de ecografías; Una vez finalizada la prueba, se recogerá a las pacientes.
- Traslado del equipo necesario para el servicio.
- Preparar las herramientas y suministros que necesitará para el quirófano.

5 Discusión-Conclusión

Dado que los usuarios y/o pacientes muchas veces llegan nerviosas al hospital y les cuesta entender los protocolos a seguir, el celador es la primera persona en saludarlos e indicarles donde tienen que ir.

Al ser las primeras personas con las que la paciente se encuentra en el centro, la importancia del asistente en el servicio de parto es innegable. Los celador son los encargados de trasladar a la paciente desde el hospital o urgencias transferirlos del resto de unidades de la planta a la dirección de la misma, también esta es la persona que permanece con ellas mientras están en la planta de partos.

6 Bibliografía

1. <https://www.daypo.com/conocimientos-basicos-funciones-celador>.

Capítulo 423

INVESTIGACIÓN Y FUNCIONES EN CUIDADOS PALIATIVOS POR EL CELADOR

MIHAELA PINTEA

DANIEL DÍAZ PINTEA

CRISTINA SANCHEZ CARPENA

JOSÉ GARCÍA CANO

ANA MARIA SOTO DELGADO

1 Introducción

Los cuidados paliativos están pensados para personas enfermas o patologías muy graves y procesos ya avanzados y diagnosticados como incurables con un pronóstico vital limitado, cuyo objetivo siempre es aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida del paciente afecto y sus familias, una muerte cercana que se confirmó en menos de 6 meses. Según las indicaciones recibidas, el celador ayudará a estos pacientes afectados.

La investigación y el análisis de los cuidados paliativos son cruciales debido a su relevancia en las ciencias de la salud y la enfermería, así como en otros campos de la salud y la no salud.

La medicina ha evolucionado y avanzado desde sus orígenes hasta convertirse en un servicio de atención médica moderno y actual. Su conceptualización y principios rectores se estudian y se reconoce el papel del servicio práctico de los

profesionales de enfermería, especialmente en la sociedad, a partir de los modelos y teorías que sustentan la intervención, actuación y el profesionalismo en la asistencia y los cuidados; se realiza una revisión documental de la historia. Para superar a los profesionales de la salud, los cuidados paliativos buscan determinar los referentes metodológicos y teológicos de su evolución hacia un modelo de atención asistencial más actual (1).

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en la unidad de cuidados paliativos.

3 Metodología

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

4 Resultados

En los centros o instituciones sanitarios y hospitalarios, los celadores ayudarán, auxiliarán y colaborarán con los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para satisfacer las necesidades y requerimientos de los enfermos, como cambios posturales, aseo, higiene y otras funciones o demandas que sean necesarias para el afectado. Los cuidados paliativos son una categoría de atención sociosanitaria que se presenta en la etapa final de la vida, ofrecen un verdadero sistema de soporte y apoyo para el paciente, mejorando su calidad de vida lo mejor posible. Los cuidados paliativos son cruciales y se desarrollarán entre el paciente, su familia, amigos y, por supuesto, usted mismo del equipo de atención médica y de enfermería. El médico, el terapeuta, la enfermera, el trabajador social y el consejero espiritual pueden formar parte de este equipo. Los equipos de control ambulatorio y de atención y asistencia, las unidades móviles de apoyo hospitalario, las unidades de cuidados paliativos, las casas de reposo para pacientes diagnosticados terminales, los servicios hospitalarios de día y las unidades móviles de apoyo hospitalario deben prestar servicios residencial.

El éxito de los cuidados paliativos dependerá de la comunicación que debe existir y forjarse entre el paciente afecto, su familia y su entorno, así como del equipo en un ambiente de respeto, cordialidad y confianza. También dependerá de una comprensión completa de los objetivos y premisas planteados, el estado de la patología y la enfermedad y los deseos del paciente afecto principalmente de sus parientes cercanos. El mejor psicofármaco es una buena combinación de profesionales de cuidados paliativos, y es comprensible que una persona que sufre de una enfermedad mortal experimente un desajuste emocional exponencial. Esta situación suele mejorar cuando el paciente afecto ve que el equipo de profesionales empieza a preocuparse por su estado físico y emocional, enfatizando siempre con él y brindándole una mejor calidad y trato dentro de la gravedad de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

El éxito de los cuidados paliativos dependerá de la comunicación que debe existir y forjarse entre el paciente afecto, su familia y su entorno, así como del equipo en un ambiente de respeto, cordialidad y confianza.

En conclusión, este estudio e investigación demuestra que los cuidados paliativos están dirigidos hacia y afectan a la persona como un derecho humano que requerirá una atención integral de alta calidad, muy necesaria en la sociedad actual. La muerte es un proceso natural que todos debemos experimentar en algún momento de nuestra vida, por lo que es fundamental utilizar los cuidados paliativos mencionados. para brindar siempre una muerte digna a aquellos que experimentarían inseguridad, ansiedad, dolor, miedo, angustia, etc.

6 Bibliografía

1. [http://www. Secpal.com](http://www.Secpal.com)> Secpal-historia-de los – cuidados- paliativos.

Capítulo 424

EL CELADOR Y LAS POSICIONES DE COLOCACIÓN DE UN PACIENTE EN LA MESA DE QUIRÓFANO

MIHAELA PINTEA

DANIEL DÍAZ PINTEA

JOSÉ GARCÍA CANO

CRISTINA SANCHEZ CARPENA

ANA MARIA SOTO DELGADO

1 Introducción

El quirófano del hospital es donde se realizan las cirugías. Este se pueden dividir en dos categorías, según su complejidad:

- Cirugía mayor: procedimientos complejos y prolongados en partes importantes del cuerpo.

- Cirugía menor: procedimientos rápidos y sencillos en partes discretas del cuerpo. Además, se puede clasificar como cirugía diagnóstica, curativa, paliativa, electiva, de estética o reconstructiva según su objetivo.

El procedimiento quirúrgico normalmente consta de cinco pasos: incisión de la piel, hemostasia de los vasos sanguíneos, manipulación del órgano u órganos objetivo, sutura de la incisión y aplicación de apósitos, drenajes, etc., según el proceso.

Además de los deberes del celador, el traslado de pacientes, el posicionamiento y retiro de los pacientes de la mesa de operaciones, el traslado a la reanimación (REA) o la unidad de cuidados intensivos (UCI) y el traslado a la morgue si es necesario se encuentran entre sus principales responsabilidades en un quirófano. También ayudar en caso de fallecimiento, transporte de miembros amputados a una morgue, muestras al servicio de anatomía patológica, concentrados del banco de sangre y y transporte de herramientas de diagnóstico.

La colocación del paciente en la mesa de operaciones es una de las tareas principales que requiere capacitación adicional para un celador en un quirófano de los centros sanitarios.

2 Objetivos

- Explicar las distintas posiciones que puede adoptar el paciente sobre una mesa de operaciones y hacer hincapié en la necesidad de una posición quirúrgica anatómica exitosa para el éxito de la operación.

3 Metodología

La preparación de este capítulo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. También se han consultado las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, con artículos científicos seleccionados de publicaciones académicas examinadas. También se ha realizado una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

La posición en la que se coloca a un paciente para una operación quirúrgica está determinada por el procedimiento quirúrgico a realizar, teniendo en cuenta la vía de acceso seleccionada por el cirujano y la técnica de administración.

También son importantes la altura, la edad, el peso, el estado de salud y otros factores.

El paciente debe estar en una posición que sea compatible con sus procesos corporales esenciales, como la respiración y la circulación, y que además lo proteja de lesiones vasculares, nerviosas y musculares.

Dependiendo del tipo de intervención que se realice, un asistente de quirófano debe estar familiarizado con las siguientes posiciones quirúrgicas anatómicas.

Posición de Trendelenburg: el paciente se colocará en decúbito supino con la cabeza más baja que los pies y la mesa quirúrgica tendrá un ángulo de 45 grados con respecto al suelo. La articulación inferior de la mesa quedará directamente sobre las rodillas.

La posición de Morestin o Trendelenburg invertida comienza con el paciente en decúbito supino y la mesa quirúrgica en un ángulo de 45° con respecto al plano del suelo, con la cabeza más elevada que los pies.

Durante una litotomía o procedimiento ginecológico, la paciente se encuentra en decúbito supino con las piernas extendidas y flexionadas, los pies en estribos y los muslos en abducción. También se aplicarán algunas restricciones (esposas) a las piernas.

Ayuda de sujeción para el brazo. En decúbito prono, la mesa se rompe a la altura de la cadera mediante un cuchillo Kraske o sevillano. Las piernas se apoyan en almohadas, una debajo de cada una. Es importante tener cuidado con la compresión de los genitales en pacientes masculinos. El paciente tendrá las palmas hacia abajo y la cabeza inclinada.

Laminectomía: El paciente debe estar en decúbito prono, y la mesa quirúrgica debe utilizar un soporte para elevar el tronco del paciente por encima de la mesa. Para elevar el tronco y las piernas, el paciente colocará una almohada debajo de ellas. En pocas palabras, debemos sujetar muñecas y muslos.

Lumbotomía: después de dormir en decúbito supino y recibir anestesia, se coloca al paciente con la espalda contra el borde de la mesa en el lado no afectado. Los brazos están extendidos sobre los reposabrazos. La parte superior de la pierna clavada a la mesa se flexionó. Entre ambos se debe colocar una almohada, junto con topes laterales y una cinta de lado a lado de la mesa a la altura de la cresta ilíaca. Generalmente las mesas se caen.

Se coloca al paciente en decúbito supino con la cabeza colgando de la tabla (se debe retirar el cabecero de la cama) para conseguir una hiperextensión del cuello en posición de Proetz o Roser.

Una vez que el paciente ha recibido anestesia y se le han colocado los soportes, puede sentarse o acostarse. la cadera y ocasionalmente la rodilla, la tabla se rompe a la altura del cráneo. Con las rodillas apoyadas sobre una almohada, los brazos deben estar cruzados sobre el estómago o sobre los apoyabrazos. Además, el cráneo irá sujeto a la base.

Craneotomía: partiendo de la posición boca abajo con la cabeza saliendo de la mesa quirúrgica, apoyando la frente sobre un soporte especializado en el que la cabeza queda suspendida y alineada con el resto del cuerpo. Las armas están levantadas las piernas y los pies estarán sostenidos por almohadas que se colocarán

debajo del cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

El posicionamiento del paciente es esencial para maximizar el éxito de un procedimiento quirúrgico, ya que no solo garantiza la seguridad del paciente si no que además proporciona el mejor acceso al sitio quirúrgico para obtener mejores resultados y una recuperación más rápida. Por este motivo, la formación del enfermero y la comprensión de las distintas posiciones son cruciales a la hora de colocar al paciente en la mesa de operaciones.

La necesidad de cirugía es primordial. Por ello, el guardia debe esforzarse en recibir una buena formación con la ayuda de cursos y consejos de profesionales con más experiencia.

6 Bibliografía

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

Capítulo 425

EFECTO DE LA TURNICIDAD EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

SANDRA RODRÍGUEZ VALDES

SILVIA FERNANDEZ CANO

1 Introducción

La turnicidad consiste en organizar un equipo de trabajo de manera que los mismos puestos esten cubiertos sucesivamente, teniendo en cuenta el ritmo consecutivo discontinuo, para el trabajador y la necesidad de cubrir las diferentes horas en un puesto determinado en días, semanas, meses, etc.

Si se invierten menos de 3 horas de trabajo diario o al menos la tercera parte de la jornada anual entre las diez de la noche y las seis de la mañana eres trabajador nocturno.

El trabajo a turnos puede organizarse de distintas formas:

1 - Sistema discontinuo: El trabajo se interrumpe nocturnamente por la noche y el fin de semana, supone dos turnos, el turno de mañana y el turno de tarde. La jornada suele ser de lunes a viernes.

2 - Sistema semicontinuo: Interrupción semanal, supone tres turnos: mañana, tarde y noche.

3 - Sistema continuo: El trabajo se realiza de forma ininterrumpida ya que debe estar cubierto durante las 24 horas del día, todos los días de la semana, supone más de tres turnos y trabajo nocturno.

Este trabajo a turnos o nocturno provoca patologías ligadas a la fatiga que afectan de diferentes maneras a los trabajadores, vamos a conocerlas he intentar establecer una recomendaciones para aminorar estos efectos en los trabajadores.

2 Objetivos

Describir los diferentes turnos laborales y sus consecuencias para el personal, tanto físicas como psicosociales, tanto en el personal sanitario como no sanitario.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en publicaciones científicas y páginas web, utilizando las palabras clave turnicidad laboral, efectos de la turnicidad, como contrarrestar los efectos de la turnicidad así como experiencia personal al trabajar a turnos en el centro de coordinación de urgencias del principado de Asturias.

4 Resultados

El trabajo a turnos especialmente el trabajo nocturno fuerza al trabajador a invertir o cambiar su ciclo normal de actividades, provocando un triple desajuste entre el tiempo de trabajo, el tiempo biológico y el tiempo social.

Alterando los ritmos corporales, el equilibrio psicosocial y los hábitos alimentarios, este desfase provoca secuelas físicas, psicológicas , como fatiga, enfermedades digestivas , dolor de cabeza , irritabilidad, depresión y enfermedades del aparato circulatorio.

Esto dificulta las relaciones personales por la falta de coincidencia con los demás, especialmente cuando se trabaja de noche o de tarde, propiciando la falta de vida social al no poder participar en actividades sociales o con familiares y amigos.

Las patologías ligadas a la fatiga más importantes derivadas del trabajo a turnos son:

- Trastornos nerviosos: Sensación de laxitud o abatimiento, dificultad para hacer esfuerzos intelectuales con sensación de cabeza vacía, faltas, errores, con ansiedad acompañada de vértigos y calambres.
- Trastornos del sueño: Insomnio, fatiga crónica, depresión, dolor de cabeza, cuyos efectos serán estar sensible, irritable, y la alteración de las relaciones personales tanto con compañeros de trabajo como con familia y amigos.

- Trastornos gastrointestinales: Pérdida de apetito, gastritis, colitis, ardor de estómago, digestiones pesadas, aumento de peso , obesidad, alteración de la alimentación (con ingesta de más grasas, bocadillos, alcohol)
- Trastornos de sueño: Para recuperarse de la fatiga es necesario dormir unas siete horas para recuperar la fatiga física y psíquica pero en el trabajo a turnos esto no es posible ya que el sueño se ve alterado, no produciéndose nunca una adaptación en el cambio horario.

Este trabajo a turnos provoca unas repercusiones negativas para los trabajadores disminuyendo el rendimiento en el trabajo, dificultad para disfrutar del ocio, aumento del número de accidentes de trabajo, absentismo, etc.

Para mejorar las condiciones del trabajo a turnos seguiremos las siguientes recomendaciones:

- * Establecer un límite de tiempo para el trabajo a turnos(ejm . 20 años) , establecer limitaciones de edad, y un coeficiente reductor de jubilación.
- * Aumento de pausas y tiempo de descanso , de vacaciones.
- * Mejorar las condiciones, no trabajando solo, estableciendo pausas para ingesta de comidas, exigir menos rendimiento, vigilancia de la salud, haciendo reconocimientos médicos a estos trabajadores y estableciendo criterios médicos para excluir trabajadores del trabajo a turnos.

5 Discusión-Conclusión

Debemos diseñar un trabajo a turnos desde el punto de vista ergonómico de manera que sea menos nocivo para la salud previniendo efectos negativos de la turnicidad y respetando al máximo los ritmos biológicos y la alimentación , así como las relaciones personales y familiares.

Si el trabajo a turnos es inevitable se procurará aplicar las siguientes medidas preventivas: organizar el trabajo ,elegir turnos con la participación de los interesados, delegados de prevención o comité de seguridad y salud.

6 Bibliografía

1. NTP 455 : Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos. Recomendaciones de la OIT.
2. Aguado T. calidad del sueño en profesionales hospitalarios, sanitarios y no sanitarios , revista de enfermería del trabajo 2016; 6:1 (12-18).

Capítulo 426

LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN CASOS DE PACIENTES MAYORES CON NEUMONÍA POSTPANDEMIA.

MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR

PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR

MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

1 Introducción

En 2020 la OMS declaró al COVID-19 como pandemia, esta dio inicio el 11 de noviembre del 2019, tal enfermedad perjudicaba a la salud de las personas, infectando varios órganos, pero principalmente a los pulmones, llegando incluso a la mortalidad (Barrera-Jay, Zulma, 2020). En España, desde el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias a 30 de junio del 2023 han notificado que existieron 13.914.811 casos confirmados y 121.760 fallecidos.

El VIII informe de la fundación FOESA muestra la delicada situación por la que atraviesan varios colectivos como personas mayores, mujeres, niños, discapacitados, afectando además a nivel familiar, esta problemática no solo afecta a nivel económico sino también laboral y psicosocial, afectando a un gran porcentaje de la población española, en 2019 fecha en la que se realizó la publicación, llegaban a 14 millones de personas en situación de exclusión.

Entre los profesionales que intervienen en estas situaciones de exclusión está el trabajador social, quien trabaja en la atención a las personas que se encuentran en esta situación y así colabora en la mejora de los problemas sociales y personales (Millán –Franco, 2020). La atención que realiza el trabajador social va desde sociosanitario a través de planes de emergencia a través de circuitos de cooperación y coordinación mediante los diversos ámbitos y a través de una buena comunicación.

El presente capítulo de libro manifiesta la actuación del trabajador social en, a nivel especializado, en los hospitales con pacientes mayores con neumonía en situación de vulnerabilidad.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la intervención del trabajador social en el ámbito sanitario, con pacientes con neumonía en situación de vulnerabilidad.

3 Metodología

Para hacer el presente capítulo de libro, se ha llevado a cabo mediante una investigación a través de una revisión bibliográfica sobre estudios de pacientes hospitalizados y sus familias. Se ha realizado una búsqueda mediante artículos científicos, libros y publicaciones mediante diferentes bases de datos como: Google Académico, Science Direct y Cielo, además se utilizaron las palabras clave COVID-19, SARS-CoV-2, Trabajador social sanitario.

4 Resultados

Tras la finalización de la situación de crisis sanitaria, se retoma el trabajo de forma presencial y se continúa con las funciones del trabajador social, tal como:

- Realizar actividades de intervención individual, como recepción del caso, para valorar la estructura familiar.
- Asesorar sobre los recursos económicos y ayudas que pueden gestionar, como la ayuda de la dependencia, discapacidad e incapacidad laboral.
- Atención a los pacientes terminales mediante el equipo receptor.
- Retomar la comunicación presencial con las familias del paciente.
- Hacer el seguimiento de los pacientes con neumonías infectadas por COVID que han sido ingresados en la UVI y que carecen de recursos.

- Confeccionar estudios sociales de la unidad de convivencia de las familias de los pacientes con neumonía.
- Fomentar una adecuada coordinación entre la atención primaria, especializada y básica.
- Cumplir con una buena coordinación sociosanitaria.
- Correcta coordinación sociosanitaria para la gestión de nuevos ingresos.
- Informar sobre los aspectos sociales que afectan o perjudican la salud del paciente.
- Identificar las redes familiares de apoyo al enfermo.
- Seguimiento de la rehabilitación del enfermo mayor.
- Realizar medidas de acción enfocadas a la mejora psicosocial del paciente.
- Elaborar proyectos de investigación sobre salud integral.
- Prevenir sobre los factores de riesgo que puedan perjudicar o empeorar la salud del paciente
- Realizar el nexo de unión entre la familia y el personal médico para una adecuada comunicación entre ellos.
- Buscar los recursos al dar el alta y realizar una adecuada coordinación con los servicios sociales de zona y especializados necesarios.
- Promover la adaptación y la vuelta a su entorno.
- Retomar los programas de planificación social de alta hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

La pandemia causada por el coronavirus COVID-19 ha afectado a la población a diferentes niveles tanto en la salud, psicosocial, laboral, económico, etc. Ha agudizado los problemas de grupos vulnerables como son las personas mayores enfermas y sin recursos, por ello la atención a estos grupos se hace fundamental, ya que necesitan ser informados, guiados y una adecuada atención para mejorar su salud, así como para fomentar su autonomía, poniendo en su conocimiento y dotando de los recursos necesarios para su atención, desde el mismo inicio del ingreso del paciente al hospital, como durante su estancia, comunicándose también con la familia e informando de los pasos a seguir y coordinándose con los centros especializados para sí es necesario coordinar en su ingreso en centros como residencias si es necesario, además de intervenir en los casos de defunción, también el profesional interviene a nivel comunitario mediante la prevención y el fomento de prácticas saludables, intentando lograr con todo ello la autonomía y autodeterminación de las personas con enfermas y así participar en la mejora de la calidad de vida de estas personas

6 Bibliografía

1. Barbero Biedma, E., Oliva Arias, C., López Maestro, M., & Rodríguez García, M. D. C. (2020). La función del trabajo social” sanitario” durante la pandemia por COVID-19. *Med. paliat*, 217-225.
Barrera-Jay, Z. L. (2020). El diagnóstico imagenológico en la atención al paciente con infección por SARS-CoV-2. *Revista Información Científica*, 99(6), 596-608.
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. EUMED, Méjico. <https://www.eumed.net/actas/20/covid/17-trabajo-social-y-covid-19-un-ana-lisis-de-lasconsecuencias-sociales.pdf>.

Capítulo 427

SALUD PSICOSOCIAL EN PERSONAS VULNERABLES EN HOSPITAL. EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN VIOLENCIA DE GÉNERO

MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR

PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR

MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

1 Introducción

En 1995 la ONU definió a la violencia de género como “todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción, o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”.

Según la Agencia de Naciones Unidas 736 millones de mujeres han sufrido violencia de género por parte de su pareja, incluso las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 lo padecen o la habrán padecido al llegar a los 25 años de edad, esta problemática no ha disminuido en los últimos diez años, incluso ha empeorado en durante el confinamiento.

El Ministerio de igualdad muestra datos sobre la mortalidad a causa de violencia de género, en España entre los años 2003 a 2023 han muerto 1217 mujeres a manos

de sus parejas o exparejas, dejando 412 huérfanos menores de 18 años, y desde el 2013 al 2023 49 niños han sido asesinados también por esta causa.

Las consecuencias en las mujeres que pasan por estas circunstancias perjudican gravemente su salud tanto física como mental y no solo a corto sino también a largo plazo, presentando ansiedad, disminución en la autoestima y depresión, lesiones físicas que en algunos casos se hacen crónicos, como cefalea, cansancio, dolor de espalda, estrés crónico.

Y no solo afecta individualmente sino también a nivel relacional, comunitario y social. Que entre los factores biológicos podría afectar en la perpetuación de la violencia. Mientras que a nivel comunitario ciertos contextos sociales fomentan las situaciones de violencia, como por ejemplo la marginalidad, el desempleo, o la heterogeneidad de la población y si existe un elevado nivel de pobreza esto hace que hay un incremento en el riesgo de violencia de género. Y a nivel social estarían factores que no ayudan para la disminución de la violencia de género como actitudes, norma y aceptación social, ciertas creencias y conductas que lo empeora, expectativas del rol.

Para poder ayudar en esta problemática se hace necesario la intervención de profesionales, que en este caso sería en el ámbito hospitalario, en donde encontramos personal sanitario, además están los trabajadores sociales quienes se encargan de la prevención, detección e intervención en casos de violencia de género.

2 Objetivos

Conocer las funciones del trabajador social sanitario en relación con la violencia de género.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tras realizar el análisis de varios artículos bibliográficos, bases de datos y encuestas que obtuvieron información de las consecuencias psicosociales en las personas vulnerables que han pasado por violencia de género se realizan propuestas para una mejor atención a las mujeres que acuden a los hospitales y que están viviendo violencia de género. Y en el quehacer del trabajo social se encuentran funciones para la mejora de la salud tanto social como psicológica de las personas en vulnerabilidad, las que se pondrán en marcha en los siguientes puntos:

- Dar apoyo y asesoramiento profesional desde su ingreso a urgencias y triaje.
- Puesta en contacto con atención primaria para realizar el seguimiento del caso tras el alta hospitalaria.
- Elaboración de proyectos para la mejorar de la sensibilización del personal sanitario y de gestión de servicios del hospital
- Informar sobre los derechos en materia de igualdad y de los recursos.
- Realizar recomendaciones sobre seguridad.
- Tomar en cuenta el punto de vista de la paciente para la elaboración del plan de seguridad.
- Coordinación adecuada con el profesional médico y sanitario
- Coordinación con los centros especializados en materia de violencia de género para agilizar la acción de la atención.
- Dar soporte emocional a la mujer e hijos si los hay.
- Dar aviso a la policía para proceder a las denuncias y a la protección.
- Valorar la situación de riesgo o desamparo en caso de que existan menores de por medio.
- Adecuar la atención social básica en hospitales sobre la correcta Información, orientación, derivación, tratamiento de recursos urgentes de apoyo y protección inmediata.
- Preservar el cuidado de la salud y del correcto uso de las prescripciones médicas y psicológicas.
- Estar alerta para no pasar en alto síntomas persistentes de ansiedad, irritación, tristeza (Valencia, et al., 2012)

5 Discusión-Conclusión

La labor del trabajador social sanitario en hospitales es fundamental en la detección de casos de violencia de género, para realizar una atención inmediata tanto

a la mujer que lo padece como a sus hijos si los hay. Mediante la práctica adecuada del quehacer del trabajo social pueden mejorar la calidad de vida y facilitar el empoderamiento de la mujer que pasa por estas circunstancias.

Si bien es cierto que hay obstáculos que no facilitan una inmediata atención desde el triage o a causa de falta de personal en horarios de 24 horas y fines de semana que ayudarían mejor para abarcar más cantidad de pacientes que acuden a un hospital. Y poder mejorar la reticencia de las mujeres a denunciar, mejorar también la falta de sensibilización a todo el personal que está en contacto con la paciente, por ello es fundamental mejorar y ampliar la actuación del trabajo social en este ámbito.

Y así se podría intervenir con personas vulnerables, mejorando su situación laboral, económico y social y mejorar su estado de salud tanto física como psicológica, mejorando así su salud psicosocial.

6 Bibliografía

1. Blanco P, Ruíz Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín García M. La violencia de pareja y salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18 (1): 182-188.
2. Calvo González, Germán, & Camacho Bejarano, Rafaela. (2014). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*, 13(33), 424-439. Recuperado en 09 de septiembre de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61Seijo, D., & Novo, M. (2009).
3. Aproximación psicosocial a la violencia de género: aspectos introductorios. F. Fariña, R. Arce, y Buela-Casal (Eds.), *Violencia de Género Tratado psicológico y legal*, 63-64.412014000100022&lng=es&tlng=es.
4. Martínez, C. (2020). Estudio sociosanitario de casos de violencia de género y propuesta de protocolo de actuación.
5. Valencia, E. T. S. A. P. (2012). Intervención del trabajador social de atención primaria de salud con mujeres víctimas de violencia de género. *Guía de intervención de trabajo social sanitario*. Recuperado de: <https://unric.org/es/la-violencia-de-genero-segun-la-onu/>.

Capítulo 428

EL CELADOR Y SU LABOR EN REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

CRISTINA PAGE LAIN

VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO

MARIA ELENA RODRÍGUEZ DEL VALS

CÉSAR MANUEL SANZ ESPARTERO

MARIA ROSARIO GARCÍA MEDEL

1 Introducción

El Celador, que presta sus servicios en sanidad, realiza unas actividades genéricas, pero según la parte en la que trabaje de un hospital, tiene otras funciones muy distintas.

Por ejemplo, el celador de Urgencias, acompaña y traslada a los pacientes a aquellas salas donde van a ser asistidos, es decir, tiene contacto directo con los pacientes.

En cambio, el celador de almacén, solo traslada productos sanitarios del almacén a los servicios del hospital y viceversa.

El celador del Animalario de un hospital, como por ejemplo, el del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, se encarga del cuidado, higiene, alimentación y traslado a distintas dependencias, de los animales que sirven de estudio e investigación para el avance en medicina, o la práctica en cirugías complejas.

En ciertos servicios, el celador puede sufrir accidentes debido al manejo de cargas, pero también, en otros, el peso emocional puede afectarles en lo personal. De hecho, suele ocurrir en plantas de hospitalización como Medicina Paliativa, donde el trabajador tiene estrecha relación con pacientes en los últimos días de su vida, y a los que debe brindar cuidados muy personales. A continuación, vamos a enumerar, a rasgos generales, la labor concreta del celador en la unidad de Rehabilitación.

2 Objetivos

- Describir cuáles son las labores del celador que realiza sus servicios en Rehabilitación de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 servicio de Fisioterapia y Rehabilitación, el celador se encargará de ayudar al profesional sanitario, en la colocación, cambios posturales y sujeción, si fuera necesario, de los pacientes.

En caso de pacientes hospitalizados, deberá acudir en busca del paciente a la planta y habitación donde se encuentre y trasladarle a Rehabilitación.

Ayudará al cambio del paciente de la cama, a la camilla donde se le practicará la sesión, o se le ayudará a levantarse de la silla de ruedas, si la actividad que va a realizar, es de pie, cuidando en todo momento que no pueda caer al suelo.

Posicionará a los pacientes en la maquinaria rehabilitadora, que le será indicada por el fisioterapeuta y, en caso de necesitarlo, ayudará al usuario a realizar sus ejercicios, siempre con extremo cuidado.

Una vez acabado esto, volverá a trasladar al enfermo a su planta y su habitación. El celador también se encarga del traslado de documentación a otras estancias y de comunicaciones verbales.

Realiza una labor de vigilancia, cuidando de que ninguna persona no autorizada pueda entrar.

También, deberá mantener la limpieza y el orden en las distintas salas y comprobará que los pacientes hacen buen uso del aparataje y el mobiliario, y si encontrara algo incorrecto en ello o falta de limpieza, deberá comunicarlo de inmediato a los profesionales adecuados.

Se ocupará del traslado de mobiliario y maquinaria que le sea confiada o demandada.

Siempre deberá abstenerse de hacer comentarios a los pacientes sobre pruebas, tratamientos o patologías y en caso de que estos le hagan preguntas, con muy buena educación, les remitirá a los sanitarios que serán los que les puedan informar debidamente.

Tiene que ser conocedor de las posturas básicas en el manejo de los enfermos para poder realizarles cambios de una forma adecuada y sin peligro de lesionarse o lesionarles.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que un celador de Rehabilitación conozca sus competencias, las distintas posturas y cambios en ellas para ayudar al paciente, requerido por el sanitario.

Deberá también entender cómo funciona la distinta maquinaria a utilizar por los enfermos a la hora de hacer sus ejercicios.

Es muy importante que cada celador conozca sus tareas particulares, al servicio o planta en la que trabaja y deberían ser las gerencias las que se encargaran de ellos, pero normalmente, se contrata al celador, se le asigna un servicio y los compañeros mismos, son los que tienen que informarle de sus funciones y cómo hacerlas.

El celador de rehabilitación, trata directamente con los pacientes y les ayuda en sus ejercicios para mejorar su condición.

6 Bibliografía

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

Capítulo 429

EL CELADOR Y LA MANIPULACIÓN MANUAL DE LA CARGA: LOS FACTORES DE RIESGO

VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO

MARIA ELENA RODRÍGUEZ DEL VALS

CÉSAR MANUEL SANZ ESPARTERO

MARIA ROSARIO GARCÍA MEDEL

CRISTINA PAGE LAIN

1 Introducción

El trabajo del celador está relacionado con los levantamientos y cambio de posición en los enfermos, trasladar de un servicio a otros a los pacientes así como llevar objetos, aparatos o mobiliario, la forma y el volumen de los objetos de uso diario, el movimiento manual de las cargas, el mantenimiento de determinadas posturas durante tiempo prolongados o adoptar posturas inadecuadas o repetitivas, como estar la mayor parte del tiempo realizando su trabajo de pie durante la jornada laboral, son los principales factores de riesgo de alteraciones vertebral como en las extremidades requiriendo tratamiento médico en la mayoría de los casos. De ahí la importancia de tener unos conocimientos básicos en la manipulación de la carga, para que repercuta lo menos posible en la salud física del celador.

La manipulación manual de la carga, se define como cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como puede ser, el levantamiento, la colocación, el empuje, la tracción o el desplazamiento, que por sus características o condiciones ergonómicas inadecuadas entraña riesgo en particular dorsolumbares.

El celador tiene que estar informado de los factores de riesgos en la manipulación manual de la carga, de esta forma podrá tomar las medidas preventivas necesarias para disminuir los efectos en la salud.

2 Objetivos

- Indicar los factores de riesgo en la manipulación de cargas.
- Describir detalladamente los factores de riesgo en la manipulación manual de la carga para el celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los Celadores deben estar informados de los factores de riesgos que están expuestos según las características de la carga, esfuerzo físico necesario, medio de trabajo, exigencia de la actividad y los factores de riesgos individuales

Factores de riesgo en la manipulación manual de cargas:

1.- Características de la carga:

- Si es demasiado pesada o grande.
- Cuando tiene una forma o tamaño que hacen difícil de agarrar o sostener.
- Cuando puedan originar otros tipos de accidentes (cortes, caídas del objeto, etc.) o lesiones al trabajador debido a su contenido o a sus características exteriores.
- Si es inestable.

2.- Característica del Medio de trabajo:

- Insuficiente espacio libre para la manipulación de la carga.

- El entorno de trabajo es inadecuado, pues no permite la manipulación de cargas a una altura segura ni adoptar posturas correctas.
- Suelo resbaladizo, irregular o inestable que puede ocasionar tropezones o resbalones para el trabajador.
- Otros factores como vibraciones, iluminación y temperatura y/o circulación del aire inadecuado.
- Manipulación de la carga a diferentes niveles.

3.- Esfuerzo Físico Necesario:

- Un esfuerzo físico puede entrañar un riesgo dorsolumbar cuando acarrea un movimiento brusco de la carga.
- No puede realizarse más que por un movimiento de presión o de la flexión del tronco.
- Se realiza en posición inestable.
- Cuando se trate de alcanzar o descender la carga con necesidad de modificar el agarre.

4.-Exigencia de la Actividad:

- Cuando los esfuerzos a realizar sean frecuentes o prolongados.
- Cuando el periodo de recuperación o de reposo fisiológico sean insuficientes.
- Cuando las distancias de elevación, descenso o transporte sean demasiado grandes.
- Cuando el ritmo de proceso sea impuesto o inadecuado.

5.-Factores Individuales de Riesgo:

- Características físicas inadecuadas para realizar la tarea en cuestión.
- Ropa de trabajo y calzado no son los adecuados.
- No tener adecuada información y formación acerca de los riesgos a que está expuesto ni cómo evitarlos.
- Cuando se padezca una patología de espalda.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del celador conlleva unos riesgos en la manipulación manual de la carga, ya que la mayoría de ellos se ven expuestos a la movilización de pacientes, levantamiento a estos, así como el transporte de objetos pesados y empuje, ya sean elementos auxiliares de movimiento como camas y mobiliario.

Se considera que cualquier operación de transporte o sujeción de una carga, así como el levantamiento, empuje, tracción o desplazamiento, entrañan riesgos.

La mayor parte de los problemas y accidente que sufren los celadores/a en el trabajo es por la manipulación manual de la carga.

Cuando el celador no tiene una formación e información adecuada, aumenta los riesgos de lesiones derivadas de la manipulación de la carga, conocer los factores de riesgos que están expuestos según las características de la carga, esfuerzo físico necesario, medio de trabajo, exigencia de la actividad y los factores de riesgos individuales será imprescindible para mejorar las condiciones de trabajo evitando así en la medida de lo posible un riesgo para la salud del celador.

6 Bibliografía

1. <https://www.cerem.es/blog/manipulacion-manual-de-cargas-riesgos-y-medidas-preventivas>.
2. https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/wp-content/uploads/2017/02/guia_cargas.pdf.

Capítulo 430

PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA: CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CIRUGÍA

BELÉN COSTA MARTÍNEZ

MARIA DEL CARMEN FLORES CORCOLES

JESUS ANGEL SÁEZ COTILLAS

KAREN FABIOLA TORRES

ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ

1 Introducción

Cuando la cabeza del fémur se rompe en una fractura de cadera, las personas mayores sufren mucho con frecuencia este tipo de fractura. Según su localización, existen varios tipos de fracturas:

- fractura del subcapítulo (ubicada justo debajo de la cabeza del fémur).
- Fractura del cuello del fémur.
- Fractura trocantérea (a nivel del trocánter, región debajo del cuello del fémur).
- Fractura subrogativa (ubicada debajo del trocánter).

La pérdida del equilibrio y la descalcificación de los huesos son las dos principales causas de este tipo de fractura. Una fractura de cadera deja la pierna afectada

inmóvil y provoca un dolor intenso en la cadera. Por lo general, es necesaria una cirugía para tratar este tipo de fractura. Podría haber una serie de problemas para las personas que tienen fracturas de cadera como son:

- Un tromboembolismo pulmonar o trombosis venosa profunda. El riesgo de desarrollar trombosis venosa de la pierna y la formación de trombos aumenta al inmovilizar la pierna después de una fractura o cirugía puede ser expulsado al pulmón.
- Durante la etapa de convalecencia, los pacientes con fractura de cadera tienen más probabilidades de sufrir las temidas úlceras por presión en la espalda o los tobillos.
- Por último, pueden sufrir neumonía y/o infecciones urinarias.

2 Objetivos

- Conocer la técnica quirúrgica necesaria y enumerar el equipo que se utilizará para la intervención de fractura de cadera por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para preparar este capítulo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. 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 tema de estudio.

4 Resultados

El procedimiento para esta cirugía es el siguiente:

- Se utilizan tornillos para fijar la fractura y unir las piezas rotas. Ocasionalmente se puede utilizar una placa de metal para facilitar la unión.
- Se introduce un clavo en el interior del hueso, permitiendo unir los fragmentos óseos fracturados.
- Se inserta una prótesis metálica para reemplazar la cabeza y/o el cuello del fémur.
- Se sustituyen la cabeza femoral, el cuello y el nuevo acetábulo por una prótesis metálica.

- Se necesitarán numerosas cajas de instrumentos quirúrgicos de cadera meticulosamente esterilizados para completar este procedimiento. El TCAE facilitará las cajas a la enfermera circulante, cuidando en todo momento de mantener limpia la mesa de operaciones y el equipo. Por último, pero no menos importante, la prótesis y las zonas fragmentadas deben unirse con un clavo. El cirujano le indicará qué tipo de uña necesitamos y la prótesis que piensa utilizar.

Cada persona involucrada en la cirugía debe tener un conocimiento completo de la técnica y de todas las herramientas que utilizará la realización de la operación. Por ello, es necesario formar adecuadamente a los profesionales de la salud.

Se requiere que el paciente realice los ejercicios de fortalecimiento y movilización recomendados tras la intervención por fractura de cadera. Cuando un fisioterapeuta realiza este tipo de movilización, puede ser pasiva o activa dependiendo de quién lo esté haciendo. Debe poseer conocimiento previo y la capacidad de responder a lo inesperado.

Se requiere la menor cantidad de atención de los pacientes que han tenido una cirugía de reemplazo de cadera. La movilidad inmediata, la rehabilitación y las medidas de seguridad en el hogar y alrededor de la comunidad disminuirán las posibles complicaciones, apoyarán una recuperación exitosa y mejorará la calidad de vida.

Uno de los principales determinantes de la morbilidad y la mortalidad es la calidad de la atención médica perioperatoria brindada a los pacientes. Los pacientes que han tenido o tendrán cirugía necesitan cuidados integrales que incluyan control de infecciones, manejo del dolor, rehabilitación y educación al paciente y su familia sobre el tipo de atención que necesitarán, durante el procedimiento.

Para evitar que la prótesis se disloque la cadera generalmente debe estar en abducción. Para lograr el nivel más alto de capacidad funcional e independencia, también es crucial realizar los ejercicios que deben iniciarse tanto antes de la cirugía como lo antes posible después de la intervención.

5 Discusión-Conclusión

Todo el personal involucrado en la intervención quirúrgica debe tener la capacitación necesaria para realizar una cirugía de fractura de cadera.

El paciente debe estar completamente informado de cada paso del procedimiento, incluidos los pasos e indicaciones preoperatorias, la intervención quirúrgica, los pasos postoperatorios, las posibles complicaciones que podrían surgir durante la intervención de fractura de la cadera, las pautas a seguir, rehabilitación, complicaciones después de la operación, etc. También debe haber una serie de consejos

para garantizar el éxito de la intervención de fractura de cadera. para que el paciente tenga una mayor calidad de vida y mayores expectativas de movimiento.

6 Bibliografía

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

Capítulo 431

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU COMETIDO EN LA SECRETARÍA DE MEDICINA INTERNA

MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ

BEATRIZ MATAS SARMIENTO

YOLANDA TAPIOLES NUEVO

ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY

NOELIA ACOBI MARTINEZ

1 Introducción

Se podría decir que el campo de la medicina conocida como medicina interna se centra en el tratamiento de los pacientes cuyas enfermedades o patologías afectan a diferentes órganos del cuerpo. Los médicos a cargo de medicina interna son internistas.

Los internistas han recibido una formación especializada para manejar una amplia gama de casos médicos, incluidos aquellos que involucran a pacientes con enfermedades autoinmunes, metabólicas, sistémicas, etc. patologías de pacientes con riesgo vascular, pacientes con diabetes, pacientes con insuficiencia cardíaca, pacientes con patologías infecciosas (incluida COVID) y pacientes con diabetes. Se mencionan en el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, donde de manera general se establece que los auxiliares administrativos

deben ser los encargados de auxiliar en tareas y funciones administrativas y asistenciales en los centros de salud, desempeñando funciones de secretaria tanto en planta como en servicios de salud y ocuparse de la preparación y procesamiento de datos informáticos.

Creemos que es fundamental dotar a los auxiliares administrativos del servicio de medicina interna de roles especializados porque sus funciones son muy amplias y variadas.

El papel del auxiliar administrativo en el sector de la salud porque nos permite brindar a los pacientes una atención de alta calidad.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo en la secretaría de medicina interna.

3 Metodología

Se utilizaron las siguientes bases de datos: Google Scholar, Dialnet y Scielo. Para la creación de este capítulo se realizó una revisión exhaustiva de la literatura.

Entre los términos de búsqueda que se utilizaron se encuentran “asistente administrativo en el campo de la salud”, “funciones del auxiliar administrativo en el campo de la salud”, “funciones de secretarías de medicina interna” y “servicio telefónico”.

4 Resultados

El auxiliar administrativo a cargo del departamento de medicina interna realiza las siguientes tareas:

- La supervisión de nuevos pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna. Según las indicaciones del jefe de servicio, estos se repartirán entre los internistas que estén disponibles.
- Brindar al paciente y/o su familia atención telefónica, telemática y presencial.
 - Concertar citas con los pacientes, lo que se requiere para gestionar el calendario de citas de cada individuo o paciente, atender las solicitudes de modificaciones, cancelaciones y reprogramaciones realizadas por la paciente, su familia, el médico asignado o el director de medicina interna.
- Utilizar las herramientas ofimáticas y bases de datos del sistema de salud.

- Los documentos digitalizados se entregan posteriormente al servicio de archivo y digitalización del hospital, donde se incorporarán a la historia clínica del paciente o, en su caso, apropiado, conservado en papel.
- Elaboración de documentos a petición del médico internista. Es necesario revisar cada uno de estos informes, que incluyen información sobre traslados, fallecimientos y altas de pacientes de un hospital a otro firmado por el intensivista correspondiente o, en su defecto, por el jefe del servicio de la unidad.
- Ejecutar la lista de turnos y realizar un seguimiento de los cambios de turno. El registro de turno con los cambios realizados se enviará al servicio de nómina a final de mes para que sirva para contabilizar a los guardias y ser pagado en nómina.
- Citación para realización de pruebas en diferentes hospitales.
- Copias de documentos creadas fotográficamente.
- Solicitar los insumos que requiera la secretaría teniendo en cuenta la pandemia.
- Listar en la Historia Clínica todas las pruebas, consultas, análisis, estudios radiológicos y otro tipo de pruebas realizadas a cada paciente.
- Tras el alta del paciente del hospital, enviar el historial al archivo del hospital.
- Abrir, cerrar y bloquear el horario de cada intensivista del Servicio de Medicina Interna por indicación del intensivista correspondiente o del jefe del servicio.

5 Discusión-Conclusión

Apreciamos el papel del auxiliar administrativo en el sector de la salud porque nos permite brindar a los pacientes una atención de alta calidad. La eficacia de la secretaría de servicios es crucial para el buen funcionamiento del departamento de medicina interna de cualquier centro hospitalario.

Creemos que es fundamental dotar a los auxiliares administrativos del servicio de medicina interna de roles especializados porque sus funciones son muy variadas. En este capítulo hemos optado por hablar de las funciones y tareas que desempeñan los auxiliares administrativos en la división de medicina interna, también deben contar con una formación amplia para desarrollar sus tareas.

6 Bibliografía

- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario
- www.scielo.org

Capítulo 432

EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

SARA ANTUÑA FONSECA

1 Introducción

Los equipos de protección individual (EPI) son equipos que están destinados a ser llevados por el trabajador para ser protegido de uno o varios riesgos que puedan amenazar contra su seguridad o su salud; también son cualquier complemento o accesorio destinado a ese fin.

Cuando existan riesgos para la seguridad o la salud de los trabajadores que no puedan evitarse o reducirse lo suficiente mediante medios técnicos de protección colectiva o mediante medidas, métodos o procedimientos de organización del trabajo, se deberán utilizar equipos de protección personal.

Los EPI deben utilizarse también con una consciencia completa de los peligros, una selección y adecuación correctas de los equipos, teniendo en cuenta a su vez, la formación y la educación de las personas que han de utilizarlo, informar a los trabajadores sobre las operaciones de mantenimiento y reparación necesarias para mantenerlo en buen estado de servicio.

CLASIFICACIÓN DE LOS EPIS :

CATEGORIA I :

Los equipos destinados a proteger contra riesgos menores entran en esta categoría.

Siendo en esta donde se aplica única y exclusivamente al equipo de protección personal cuya función principal es proteger al usuario de agresiones mecánicas con efectos mínimos.

Son elementos de mantenimiento de bajo riesgo con efectos que se pueden deshacer rápidamente.

CATEGORIA II:

Este grupo de equipos de protección personal está diseñado para proteger contra riesgos de grado medio o alto, pero no aquellos que podrían provocar la muerte o consecuencias irreversibles.

- Equipo de protección especializado para manos y/o brazos.
- Equipos especiales de protección para pies y/o piernas.
- Cascos.
- Cualquier equipo diseñado para proteger la cara total o parcialmente.

CATEGORIA III:

Se incluyen en esta categoría los equipos con la finalidad de proteger contra riesgos que podrían tener efectos fatales o irreversibles.

2 Objetivos

Dar a conocer para qué sirven y la clasificación de los EPI.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación profundizada en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los equipos de protección individual sirven para evitar riesgos derivados del trabajo.

Los trabajadores son responsables de utilizar los equipos; a su vez las empresas proporcionan los EPI a cada trabajador, estos deben de ser cómodos y estar perfectamente homologados para proporcionar una perfecta eficiencia del trabajo.

Los EPI son la última barrera de defensa, es importante realizar revisiones rutinarias de todo el equipamiento para asegurar que se encuentra todo correctamente.

Sólo se podrán poner a disposición de los usuarios y trabajadores los EPI que garanticen la salud y seguridad de los usuarios sin poner en peligro a otras personas, animales o bienes, siempre que se mantengan adecuadamente y se utilicen correctamente, de acuerdo con su uso previsto.

Los trabajadores son los responsables de informar sobre cualquier defecto o daño que se aprecie en su equipo, puesto que es de vital importancia que todos los EPI estén en las condiciones estrictamente reglamentadas.

El uso de un equipo de protección individual en mal estado, no certificado o modificados por los propios trabajadores o empresas, equivale a no llevar nada, siendo esto un gran riesgo contra la propia salud del trabajador y los que le rodeen; ya que esto equivale como no llevar nada.

Productos EPI utilizados en centros sanitarios:

- Protección respiratoria: mascarillas.
- Ropa de protección: contra agentes biológicos, productos químicos, líquidos, etc.
- Protección ocular y facial: gafas de protección, pantallas faciales.
- Guantes y protección.

Aparte de esto, el fabricante también debe tener un control de la producción, en función de la categoría del EPI.

Y a su vez el propio empresario deberá proporcionar equipos a sus trabajadores de forma gratuita y en perfecto estado, comprobar y garantizar le uso adecuado de estos, junto con la higiene y el mantenimiento.

La gestión de estos equipos es por tanto un proceso riguroso para que sea eficaz.

5 Discusión-Conclusión

Los equipos de protección individual son equipos que están destinados a ser llevados por el trabajador para ser protegido de uno o varios riesgos que puedan amenazar contra su seguridad o su salud.

Es muy importante disponer de los equipos de protección individual para evitar que los trabajadores puedan sufrir un accidente o daños mayores.

A su vez, las empresas deben de proporcionar los EPI necesarios para una efectiva jornada de trabajo, controlando en todo caso el buen funcionamiento de estos equipos y controlando también que sean utilizados de la manera correcta; a su vez los trabajadores tienen la obligación de informar sobre cualquier anomalía

de los equipos de protección individual ya que utilizar un EPI modificado o sin homologar sería como no utilizar ninguna protección.

6 Bibliografía

1. <https://www.prevensystem.com>.
2. <https://www.unex.es/organizacion/servicios>.
3. <https://www.ceeapta.com>.
4. <https://www.prolaboral.com>.

Capítulo 433

CONTENCIÓN MECÁNICA A UN PACIENTE. PRINCIPIOS BÁSICOS A CUMPLIR POR EL CELADOR DURANTE LA CONTENCIÓN

MARÍA DE LOS SANTOS ALCÁZAR GRANADOS

ANTONIO FERNÁNDEZ VILLAGRÁN

AITOR GÓMEZ SAIZ

BERNARDO LUZ MARTÍNEZ

LUIS MANUEL LÓPEZ BREA ORTIZ

1 Introducción

Cuando un paciente muestra síntomas de agitación, alteración o violencia contra el mismo o contra otra persona si se trata de un paciente psiquiátrico, se procederá a contener al paciente para mantener la integridad del propio paciente, así como la de las personas que se encuentran a su alrededor.

En el ámbito sanitario se pueden encontrar dos tipos de contenciones, la contención mecánica o física, siendo la más común en las plantas de hospitalización de los centros hospitalarios, y la contención química.

La Organización Mundial de la Salud define la contención física como “la restricción o reducción de movimientos del paciente agitado con el empleo de cualquier

medio físico”. La contención de un paciente puede realizarse con la utilización de un equipo adyacente a su cuerpo que impida al paciente deshacerse de él.

Estas contenciones también son utilizadas en aquellos pacientes de geriatría que no puedan mantenerse sentados en los sillones, para evitar caídas y futuras lesiones. En estos casos se utilizan sabanas enrolladas colocándolas o bien debajo de una pierna del paciente y atándolas detrás del sillón, o bien por debajo de las axilas del paciente y atándolas detrás del sillón.

Por otro lado, la contención química o farmacológica se entiende como la administración de fármacos tranquilizantes.

2 Objetivos

- Enumerar los principios básicos que se deben mantener durante el procedimiento de contener físicamente a un paciente.
- Enumerar los principios básicos que se deben mantener durante la contención.

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 contención física de un paciente, deberá participar todo el equipo profesional que se encuentre en el servicio incluido el celador, puesto que los pacientes agitados tienen una fuerza que un profesional en solitario no puede reducirlo. Dichos profesionales mantendrán los siguientes principios durante la ejecución de la contención mecánica:

- Preservar la dignidad del paciente durante la contención, llevando a cabo las sujeciones únicamente necesarias.
- Preservar la intimidad del paciente, evitando la presencia de otros pacientes durante la contención.
- Mantener la autoestima del paciente.

- Mantener la integridad física, no realizar la contención a la fuerza, evitando posibles lesiones durante el procedimiento.

- Dialogar con el paciente antes y después de la contención mecánica.

Al igual, deberán mantener los siguientes principios durante el tiempo que dure la contención mecánica.

- Comprobar las constantes vitales continuamente.

- Colaborar con el paciente para mantener su higiene personal diaria.

- Proporcionar una cuña o botella para la realización de sus necesidades en la cama.

- Mantener una temperatura adecuada en la habitación, cubriendo al paciente con sabanas y mantas en caso de existir unas temperaturas bajas.

- Mantener un programa de cambios posturales del paciente para evitar la aparición de heridas, lesiones o úlceras por presión.

- Proporcionar al paciente almohadas y posicionarlas en las zonas corporales donde se ejerza más presión.

- Mantener almohadilladas las sujeciones, evitando los roces de estas en el paciente.

- Alimentar al paciente cuando la dieta lo permita.

- Dar agua de manera continua o humedecer los labios en el que caso de tener restringida el agua.

- Controlar continuamente al paciente, o bien manteniendo un profesional (celador) en la habitación o a través de videovigilancia con cámaras instaladas en la habitación donde se encuentra contenido.

- Mantener un entorno seguro, eliminando cualquier objeto con el cual se pueda autolesionar o lesionar a algún profesional.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Contención mecánica a un paciente. Funciones del celador durante la contención” nos demuestra los dos tipos de contenciones llevadas a cabo con los pacientes agitados en los centros sanitarios.

Hay que hacer hincapié en que se debe mantener la integridad física del paciente, así como su honor durante todo el proceso de la contención física, reduciendo estas actuaciones a situaciones extremas.

Es importante destacar que ni el celador ni el técnico en cuidados auxiliares de enfermería decidirán la contención física de un paciente durante el desarrollo de

su actuación, siendo el médico a cargo del paciente la persona responsable de determinar algunas de las dos contenciones.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
- Castilla-La Mancha, SESCO. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 434

TRABAJO SEGURO PARA CELADORES. MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

ANTONIA CARRETERO ROMERO

ANDRES ROSADO BALLESTEROS

JESÚS PERUJO GARCÍA

1 Introducción

Las movilizaciones de pacientes requieren esfuerzos musculoesqueléticos muy significativos, que pueden dañar la columna y la espalda si no se realizan los movimientos de manera adecuada o si estas soportan una tensión elevada.

Los trastornos dorsolumbares en las tareas de movilización de pacientes aparecen por realizar levantamientos incorrectos, con cargas excesivas y/o adoptar posturas incorrectas.

Otros factores que tienen influencia en este tipo de trastornos son:

- Espacio de trabajo insuficiente
- Ritmo de trabajo elevado
- Organización deficiente
- Falta de material adecuado y de ayudas mecánicas
- Ausencia de formación y entrenamiento en técnicas de movilización y utilización de los medios mecánicos (fundamentalmente grúas).
- Evaluar el trabajo.

Cuando se va a realizar una movilización se deberán valorar los siguientes aspectos:

Peso y autonomía de la persona a movilizar.

Necesidad de ayuda de un compañero.
Necesidad de emplear una grúa u otro medio mecánico.
Disponibilidad de espacio y material necesario.
Conocer la movilización a realizar y cómo realizarla.

- Planificar la movilización.

Es fundamental conocer por donde se debe coger a la persona a movilizar, según su enfermedad o lesión y su grado de dependencia, así como preparar el área y los medios mecánicos o utillaje que se necesite.

- Solicitar ayuda.

Cuando la persona a movilizar sea totalmente dependiente, el peso sea excesivo, no sea posible emplear una grúa o exista duda de si la persona es demasiado pesada o difícil de mover, solicite ayuda a un compañero para realizar la movilización.

- Pedir colaboración de la persona a movilizar.

Si el grado de dependencia o patología lo permite, aproveche la colaboración de la persona a movilizar. Para ello explíquelo previamente el movimiento que quiere realizar, solicite su colaboración y facilítele instrucciones concretas.

Nunca se debe escoger un movimiento que invalide al enfermo, ni por razones de eficacia mal entendida (ganar tiempo).

Nos debemos situar en cada movimiento, según el estado del enfermo, las circunstancias que lo rodean, los medios de que disponemos, y adoptar las técnicas más convenientes de acuerdo a las características antropométricas de quien las realiza.

2 Objetivos

Explicar cómo deben movilizar los celadores a los pacientes de forma segura.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cómo sentar a un paciente sobre la cama:

Doblar las rodillas del paciente tumbado boca arriba. Pasar un brazo por debajo de la nuca del paciente y otro por debajo de rodillas. Al girar las rodillas el paciente girará sobre su costado (aprovechando el propio movimiento del cuerpo).

Mover las piernas del paciente hacia fuera de la cama de manera que apoyándose en sus brazos el paciente se pueda enderezar. Si el paciente no puede utilizar sus brazos se pasará una mano por debajo de su cuello y la otra sujetando el antebrazo del paciente.

Controlar las extremidades del paciente para que no realice movimientos bruscos (como agarrarse del cuello).

Cómo levantar de la cama a un paciente y sentarlo en una silla:

Una vez sentado en la cama se colocará al paciente con las piernas juntas y la espalda recta. Colocar el sillón (o silla) paralela a la cama. En caso de tratarse de una silla de ruedas comprobar antes de realizar la maniobra que se encuentran fijadas las ruedas.

Colocarse frente al paciente con las rodillas semiflexionadas pegadas a las suyas y la espalda recta. Bloquear los pies del paciente con los suyos.

Pedir al paciente que flexione el tronco y le agarre por el cuello mientras pasa los brazos por debajo de las axilas.

Realizar el giro y una vez colocado frente a la silla flexionar las rodillas de forma que el enfermo pueda sentarse.

Cómo levantar de una silla al paciente y sentarlo al borde de la cama:

Doblar las rodillas y poner los brazos alrededor de la cintura del paciente.

Levantar al paciente hasta la posición vertical (si el paciente puede ayudar se le pedirá que empuje haciendo fuerza con los brazos de la silla)

Con un pequeño giro colocar al paciente de espaldas a la cama.

Ayudarle a sentarse en el borde de la misma y a subir las piernas encima de la cama.

Movilización de pacientes dependientes:

-Incorporación del paciente en la silla.

Colocarse en la parte trasera de la silla con los brazos cruzados con los del paciente (se le pedirá que flexione las piernas y cruce los brazos).

Levantar al paciente hasta incorporarlo.

La movilización de pacientes dependientes se realizará siempre entre dos trabajadores utilizando preferentemente medios mecánicos (grúas, deslizadores,

trapecios...).

Cómo levantarle de la cama y sentarle en una silla

Colocarse los dos trabajadores al mismo lado de la cama incorporando la cabecera de la cama.

Uno cogerá al paciente por las axilas apoyando una rodilla en la cama.

El otro sujetará al paciente por las piernas realizando el giro.

Al unísono desplazar al paciente en un solo movimiento desde la cama a la silla.

Traspaso de la cama a una camilla.

Esta operación se realizará con tres trabajadores.

Se cogerá al paciente por los glúteos, espalda y por las piernas.

El paciente deberá permanecer con las piernas juntas y los brazos cruzados.

5 Discusión-Conclusión

Es importante aprender a realizar correctamente las movilizaciones y transferencias, ya que en caso contrario podemos provocar lesiones en la persona con dependencia, pero también corremos el riesgo de dañar nuestro propio cuerpo.

Cuando se va a realizar una movilización se deberán valorar los siguientes aspectos:

Peso y autonomía de la persona a movilizar.

Necesidad de ayuda de un compañero.

Necesidad de emplear una grúa u otro medio mecánico.

Disponibilidad de espacio y material necesario.

La correcta aplicación de la mecánica corporal durante el desarrollo de las actividades cotidianas previene los riesgos y accidentes de trabajo, sobre todo aquellos que afectan la columna vertebral.

6 Bibliografía

1. Art. 18 Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. Deber de información.
2. Cursos de formación realizado por FYSA.

Capítulo 435

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

MARIA MERCEDES MERENCIANO HERNANDEZ

ISMAEL CARBONELL GARCÍA

MARTA SANCHEZ MORENO

MARÍA DOLORES DIAZ RUIZ

CONSUELO HERNÁNDEZ YUST

1 Introducción

El Servicio de Admisión es el sistema que supervisa el acceso de los pacientes a las consultas de Atención Especializada. Como resultado, debemos brindar un buen servicio que garantice que el hospital aceptará a cualquier paciente sea como sea y que solicite ser atendido allí de asistencia especializada, los procesos administrativos que conlleva la gestión de dicha asistencia, ya sea médica o quirúrgica, y la parte no menos significativa de mantener informado al usuario sobre el entorno del centro al que acude él.

Tus derechos y obligaciones durante tu visita al Centro o durante tu relación con el mismo, así como los servicios que tendrás a tu disposición.

Es por ello que el personal de los servicios de admisión debe estar preparado para brindar al usuario la atención administrativa inicial de la que se derivará

cualquier asistencia adicional que requiera posteriormente. Además, debido a las características únicas de los usuarios de los servicios hospitalarios (pacientes), el personal de admisión debe poseer cualidades específicas, como habilidades de comunicación y disposición para el trato con el paciente, prestando mucha atención a cualquier necesidad que pueda surgir durante su visita al Centro. La Gestión Integral de Atención proporciona tanto la tramitación de su documentación clínica como la información generada sobre la asistencia sanitaria.

2 Objetivos

Identificar las diversas tareas que debe de realizar el auxiliar administrativo para realizar una adecuada labor en el Servicio de Admisión Clínica.

3 Metodología

Este capítulo fue preparado a través de una extensa investigación que incluyó una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo de literatura científica publicada. Se utilizaron las bases de datos primarias Pubmed, Medline y Scielo para consultar artículos y realizar una búsqueda sistemática de la literatura. Las bases de datos priorizaron los criterios de "Documentación clínica", "Admisión", "Administrativo" y "Salud" al elegir artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares.

4 Resultados

La siguiente lista resume las funciones principales que llevará a cabo el auxiliar administrativo para el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

1-Manejo de pacientes: Organizar y supervisar operativamente:

- Acceso a servicios de asistencia expertos en la materia correspondiente para los usuarios, garantizando siempre el principio de equidad.
- La demanda de atención ambulatoria especializada, como consultas externas, exámenes y unidades especiales (hospitales de día, cirugía ambulatoria, etc.).
- La necesidad de hospitalización, incluyendo solicitudes de ingreso, horarios de ingreso, autorización de traslado y alta y gestión de camas.
- Una lista de pacientes que han recibido cuidados de emergencia.
- Gestionar la tramitación y autorización de traslados desde/hacia otros centros, así como el transporte sanitario asociado, en coordinación con otras instituciones

médicas.

- Establecer, mantener y actualizar el archivo maestro de pacientes del centro garantizando al mismo tiempo la confidencialidad de los datos y su coherencia, integridad y confiabilidad.

- Crear los canales necesarios de coordinación y comunicación con atención primaria.

2-Gestión de la información de la atención.

- Trabajar conjuntamente en la recopilación de datos para fines de facturación con el departamento de gestión del hospital.

- No importa la forma de la información de atención clínica.

- Crear sistemas de recuperación de información clínica para usos en medicina, educación, investigación, etc.

- Participar en iniciativas de investigación, programas de formación y actividades encaminadas a mejorar la calidad de sus productos relacionados con la especialidad.

3-Gestión del documento clínico.

- La gestión y organización de los expedientes de documentación e historias clínicas, velando porque su instalación y utilización se ajuste a las normas establecidas en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.

- Trabajar con la comisión de la historia clínica para poder estandarizar la documentación clínica del centro para asegurar la homogeneidad.

- Codificación clínica: creación de índices, codificación, análisis y difusión de datos extraídos de historias clínicas; creación de un conjunto mínimo de datos y sistemas de clasificación de pacientes; y creación de salvaguardas para garantizar la precisión de estos sistemas.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal del Servicio de Admisión y Documentación Clínica en los Centros Hospitalarios es mejorar la gestión de los recursos, potenciando la información, manteniendo su veracidad y gestionándola de forma rápida y adecuada para apoyar la toma de decisiones y mejorar la calidad de la atención. Servicio. Para lograrlo, se ha asignado personal administrativo a cada hospital.

El Servicio de Admisión es el encargado de dar la bienvenida a los visitantes y garantizar que dispongan de la mejor información posible sobre la gama de servicios y ventajas que el Centro ofrece a sus usuarios y clientes.

A través de la gestión directa de toda la información que produce el hospital, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica apoya las actividades asisten-

ciales, docentes e investigadoras, además de servir de enlace entre Atención Primaria y sus pacientes que reciben Atención Especializada, o un complejo hospitalario.

El cuidado de los catéteres de diálisis peritoneal requiere que el personal de enfermería esté adecuadamente informado y capacitado.

6 Bibliografía

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

Capítulo 436

LA ATENCIÓN TELEFÓNICA QUE PROPORCIONA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO A CADA PACIENTE

MARIA MERCEDES MERENCIANO HERNANDEZ

MARÍA DOLORES DIAZ RUIZ

MARTA SANCHEZ MORENO

ISMAEL CARBONELL GARCÍA

CONSUELO HERNÁNDEZ YUST

1 Introducción

Desde la pandemia de Covid-19, se ha puesto a disposición asistencia telefónica en hospitales y centros sanitarios como medida de contención para evitar grandes aglomeraciones de este tipo, aunque ya estaba en uso.

Es posible que asuntos administrativos requieran más tiempo, como explicar informes o citaciones que podrían haberse manejado más rápidamente en persona. Las agendas se establecen por teléfono, se programan citas médicas tanto telefónicas como en persona y se realizan exámenes de primeros auxilios en hospitales y clínicas ambulatorias. Y son recibidos, atendidos y procesados.

A partir del uso de los servicios de salud, los pacientes han expresado quejas, reclamos y agradecimientos.

Gran parte de la actividad asistencial en un centro de salud se realiza a través del teléfono. Aunque parezca que libera trabajo presencial, también aumenta la carga de trabajo, pero en la mayoría de los casos resuelve los problemas o incertidumbres de los pacientes que, de no existir esta opción de consulta, necesitarían ser atendidos presencialmente y muy probablemente con urgencia durante la consulta.

Como resultado, este sistema de asesoramiento permite priorizar las necesidades de atención del paciente. Es una ventaja tanto para los médicos como para los pacientes, así como para todos los involucrados en la industria de la salud.

2 Objetivos

Describir los beneficios e inconvenientes de la atención telefónica al paciente, resaltando el papel de auxiliar administrativo en esta tarea.

3 Metodología

Para preparar este capítulo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se encontraron artículos científicos seleccionados con contenido pertinente al tema de estudio mediante una búsqueda sistemática de libros y consulta de artículos en las tres principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Pasamos por un difícil proceso de adaptación desde que se tuvo que implementar el servicio telefónico por necesidad por la pandemia del Covid-19 hasta que se volvió algo habitual.

Actualmente hay menos interrupciones en las consultas presenciales porque la atención telefónica se realiza de forma programada de acuerdo al cronograma en las agendas individuales.

Reducen la aglomeración en entornos hospitalarios y ambulatorios y mejoran la calidad de la información en la interacción. Se ha demostrado que este método de comunicación es efectivo para resolver problemas en una variedad de temas y en una variedad de grupos de edad.

Los beneficios de una consulta telefónica incluyen ahorrar tiempo y dinero al reducir los viajes. En el caso de que el tema no sea demasiado complicado, dis-

minuye la posibilidad de contagio y permite una consulta rápida. para el asistente de oficina.

También tiene beneficios para la interacción, como inmunidad personal a las infecciones y un marco organizativo rígido para los horarios de citas, que en el pasado podían ser muy ambiguos.

Los inconvenientes incluyen la necesidad de una segunda cita en persona cuando se trata de situaciones complicadas del paciente, lo que evita el estudio en persona con el contexto proporcionado por señales visuales los detalles cruciales que podrían haber sido mal entendidos o incorrectos durante un intercambio de comunicación por teléfono. en materia de auxiliares.

Es posible que asuntos administrativos requieran más tiempo, como explicar informes o citaciones que podrían haberse manejado más rápidamente en persona. Además, dependiendo del paciente y sobre todo de su edad, podemos encontrarnos con alguien que se siente rechazado o inseguro a la hora de utilizar el teléfono por un grado de incertidumbre provocado por las prisas o la falta de capacidad comunicativa, que podría haberse solucionado con no- lenguaje verbal (gestos).

5 Discusión-Conclusión

Aunque las consultas telefónicas son habituales en el ámbito médico, normalmente se utilizaban para aclarar cuestiones de baja complejidad, como incertidumbres administrativas, solicitudes o recordatorios de citas, renovaciones o dudas sobre recetas, para la renovación de medicamentos, información sobre resultados, etc.

Desde el inicio de la pandemia de Covid-19 se han empezado a solicitar consultas telefónicas por motivos más diversos y con mayor complejidad. Esto se debe o bien al tipo de paciente que solicita la consulta, a la amplia gama de motivos que se podrían esgrimir, o a ambas.

A partir del uso de los servicios de salud, los pacientes han expresado quejas, reclamos y agradecimientos. Como se ha descrito en este capítulo, resaltamos el papel fundamental que ha tenido el auxiliar administrativo en la atención telefónica al paciente.

6 Bibliografía

1.Monsalve Saiz M., Peñalba Citores A.C., Lastra Gutiérrez S. La consulta telefónica en Atención Primaria: ¿está justificada?. Rev. Pediatr Aten Primaria [In-

ternet]. 2013 Dic [citado 2021 mayo 09]; 15(60): 329-331.

Capítulo 437

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CÓMO SE GESTIONA LA TARJETA SANITARIA

MARIA MERCEDES MERENCIANO HERNANDEZ

MARÍA DOLORES DIAZ RUIZ

CONSUELO HERNÁNDEZ YUST

MARTA SANCHEZ MORENO

ISMAEL CARBONELL GARCÍA

1 Introducción

La Ley General de Sanidad de 1986, que reestructura todo el esquema organizativo de la salud y que ahora recibe financiación de los Presupuestos Generales del Estado, y la CE de 1978 sirven como fundamento fundamental del Sistema Nacional de Salud (SNS).

La tarjeta sanitaria se implantó por primera vez en todo el territorio nacional a principios de los años 90, y en las Comunidades Autónomas se implantó por primera vez en 2002.

El usuario del sistema público de salud puede ser identificado y acreditar su derecho a la asistencia sanitaria mediante su tarjeta sanitaria, que sirve como documento administrativo individual y personalizado.

La importancia de esta tarjeta y su cualidad esencial e irremplazable se explica por el hecho de que sirve como llave de acceso al Sistema Público de Salud.

Las unidades administrativas, y en particular el auxiliar administrativo, de los centros y clínicas de salud, deben tener un alto nivel de conocimiento de los trámites que rodean a dicha tarjeta y dominio de los programas informáticos específicos implementados para poder orientar, responder a las demandas que surgen a diario y simplificar los trámites. Una vez sabemos que es básico y por la exigencia de que el usuario lo tenga vigente.

2 Objetivos

Especificar las atribuciones y finalidades de la tarjeta sanitaria.

Describir la función del auxiliar administrativo en la gestión de la tarjeta sanitaria individual.

3 Metodología

La preparación de este estudio implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se utilizaron las bases de datos primarias Pubmed, Medline y Scielo para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares. También se realizó una búsqueda exhaustiva de libre.

4 Resultados

Un documento único y personalizado que acredita el derecho de una persona a la asistencia sanitaria pública es la tarjeta sanitaria. Se trata de un trámite administrativo que entregan los ministerios de Sanidad de las comunidades autónomas a los residentes de su territorio que han acreditado su derecho a recibir asistencia sanitaria pública y gratuita.

La posesión de la tarjeta otorga al titular y a sus beneficiarios el derecho a recibir la asistencia sanitaria pública en todo el Estado español, así como la cotización farmacéutica que les asigna el INSS, que es un código y porcentaje de cotización en función de su situación laboral, ya sea activa o no. o pensionista y según su nivel de ingresos.

El Auxiliar Administrativo es el encargado de tramitar el trámite, debiendo proporcionar la siguiente información al momento de realizar la solicitud en el Cen-

tro de Atención Primaria que corresponda a su lugar de residencia:

- DNI o NIE para residentes internacionales.
- Libro de familia en el caso de menor de edad (14 años).
- Un documento firmado por el INSS que acredite su derecho a recibir ayuda.
- La tarjeta sanitaria se divide en dos partes bien diferenciadas:
 - 1- El anverso, donde se aprecia junto con otros datos:
 - El barrio o organización que lo creó.
 - El número de identificación único asignado por la organización que lo emite.
 - El número de identificación personal del Sistema Nacional de Salud, que se proporciona cuando se incorpora la información de un ciudadano a la base de datos de población protegida.
 - Nombre y apellidos del mandante.
- 2. En el lado de una banda magnética que está invertido.
- La dirección del solicitante recibirá la tarjeta final por correo postal. Desde marzo de 2012, las tarjetas son perpetuas; sólo deberán renovarse en caso de modificación, robo, pérdida o deterioro de los datos. Desde noviembre del mismo año las tarjetas son perpetuas.
- En la tarjeta física no se proporciona información sobre el tipo de seguro o prestación farmacéutica, incluida la condición de pensionado.

5 Discusión-Conclusión

Las oficinas administrativas de los Centros y Clínicas de Salud sirven como puntos de entrada del público a nuestro sistema de salud, por lo que cuando alguien solicita información sobre cómo obtener una tarjeta sanitaria, el auxiliar administrativo identificará sus necesidades y circunstancias además de revisar los documentos de apoyo y la documentación para la adecuada tramitación del derecho de asistencia.

Debido a su flexibilidad y comodidad, cada vez más personas, especialmente aquellos que padecen enfermedades crónicas, se muestran positivos ante el uso de una tarjeta sanitaria como soporte para una receta electrónica.

El Auxiliar Administrativo es el encargado de tramitar el trámite, debiendo proporcionar la siguiente información al momento de realizar la solicitud en el Centro de Atención Primaria.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 183/2004 de 30 de enero Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 438

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO Y LA TRAMITACIÓN DE RECLAMACIONES EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ

SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ

ANA BELEN ABELLAN NAVARRO

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

EVA MARIA VELA PALOMINO

1 Introducción

Los Servicios de Atención al Paciente son responsables de garantizar los derechos y responsabilidades de los pacientes, ayudar en la solución de problemas y la tramitación de quejas, sugerencias o reclamaciones.

Estos servicios son la principal herramienta del sistema sanitario a disposición de los ciudadanos para ayudarles a resolver cualquier duda, necesidad o requerimiento administrativo y sanitario y garantizar el cumplimiento de los derechos y obligaciones de los pacientes.

El formulario de Quejas/Reclamaciones y Sugerencias puede utilizarse para expresar el descontento del usuario con los servicios del Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y las iniciativas para mejorar la calidad de los servicios. Debemos saber la diferencia entre ambos:

- Reclamaciones: Documento presentado por un usuario expresando su insatisfacción con la atención recibida o su desacuerdo con la prestación de un servicio de salud.
- Sugerencias: Recomendaciones planteadas por los usuarios para promover mejoras en la estructura organizativa de los servicios de salud.

Las disposiciones que regulan los formularios de quejas, reclamaciones y sugerencias vienen recogidas en el Reglamento (UE) 2016/679 y en la L.O. 3/2018 de 5/12 de Protección de Datos Personales y Garantía de los derechos digitales.

La protección de la salud es uno de los pilares fundamentales del Estado y está reconocida en el artículo 43 de la Constitución. Esto obliga a las autoridades públicas a desarrollar determinadas medidas preventivas y de promoción de la salud, incluida la atención al paciente. De hecho, dentro del marco legislativo español, la Ley General de Sanidad de 1986 estipula los derechos y obligaciones básicos de los pacientes

2 Objetivos

Analizar los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el Auxiliar Administrativo en el servicio de Atención al Paciente, en lo referido a la tramitación de reclamaciones.

3 Metodología

La metodología utilizada al realizar este estudio ha consistido en revisiones de reseñas bibliográficas de publicaciones en diversas bases científicas de datos como: Pubmed, Scielo, Medline, Dialnet Cuiden, etc.) y Google Scholar. También se buscó información sobre el tema seleccionando artículos científicos en revistas electrónicas y libros especializados.

4 Resultados

La Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y obligaciones de las personas en materia sanitaria, reconoce el derecho a presentar quejas y sugerencias sobre esta

materia, desarrollado mediante Decreto 40/2003, de 3 de abril, sobre información del usuario. Guía y Procedimiento de Quejas y Sugerencias en materia de Atención Sanitaria. Las quejas y sugerencias expresan la opinión de los usuarios sobre el funcionamiento del sistema sanitario y es, en definitiva, una forma de participación en el mismo. Sin embargo, también es una manera establecida de proteger otros derechos de los usuarios relacionados con la salud.

De igual forma, se configura como una herramienta habitualmente utilizada por diversas organizaciones, de índole tanto públicas como privadas, para conocer la percepción y satisfacción de los destinatarios de sus servicios.

En la actualidad, todos los hospitales y centros médicos están obligados a contar con un servicio de atención al paciente, que se encarga de velar por el cumplimiento de los derechos y obligaciones de los usuarios, informar sobre los servicios disponibles, las características de la atención en cada centro y servicio, los procedimientos de sugerencias y reclamaciones, y tramitar las solicitudes de documentación clínica y cambios de hospital.

A la hora de presentar quejas, reclamaciones y peticiones podrá realizarse de las siguientes formas:

- Presencialmente: Por escrito, cumplimentando las hojas de reclamaciones o sugerencias disponibles en los distintos servicios de Atención al Paciente/usuario ubicados en los centros sanitarios, en los Departamentos de Salud o en sus Delegaciones Territoriales, o según lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

- De forma verbal, ante el Servicio encargado de recibir reclamaciones y sugerencias del centro correspondiente.

Además, el responsable del Servicio tomará nota de las quejas, reclamaciones y sugerencias que se le den de forma oral, cuando el usuario tenga dificultades para la escritura o expresión y así lo solicite.

- Por vía electrónica, a través de los formularios electrónicos disponibles, utilizando el DNI electrónico u otro certificado digital aceptado.

Los trámites administrativos para procesar las solicitudes son los siguientes:

1. La solicitud se tramitará según modelo normalizado que podrá solicitarse en cualquier centro sanitario.

2. La solicitud irá acompañada con una copia del DNI del interesado.

Si la solicitud se realiza para otra persona, aparte de la copia del DNI se precisa acreditar la representación legal o la autorización expresa del usuario.

En el caso de que la solicitud se tramite telemáticamente es necesario poseer

certificado digital o DNI electrónico.

Las quejas, reclamaciones o sugerencias deben incluir todos los datos personales (nombre completo, nombre, apellido, identificación) suficientes para identificar tanto a la persona u organización sobre quien se presenta la queja como al paciente que la presenta. Se requieren los datos personales de quien realiza la queja o reclamación como nombre y apellidos, DNI, domicilio, teléfono, etc... La persona encargada de su registro sellará el documento o formulario presentado indicando la fecha de recepción. Es importante solicitar una copia del documento presentado por si fuese necesario para futuras reclamaciones.

Cuando la persona que interponga el escrito tenga dificultades para expresarse o escribir, se proporcionará una transcripción verbal de la sugerencia o reclamación formulada verbalmente, que se leerá al usuario después de la transcripción y que será firmada por el interesado.

El derecho a reclamar es otro de los derechos de los pacientes sobre problemas surgidos durante la asistencia sanitaria y que pueden consistir en problemas de organización o trato, o bien sobre los recursos disponibles por los centros sanitarios.

La posibilidad de presentar sugerencias, en función de la prestación de la asistencia sanitaria recibida, con la finalidad de mejorar los procedimientos médicos y la calidad asistencial, es otro de los derechos de los pacientes.

El servicio de atención al paciente tiene una especial relevancia dentro del sistema sanitario porque no solo contribuyen a la resolución de problemas, sino que incide sobremedida en la satisfacción del usuario contribuyendo, además, a un óptimo funcionamiento de los distintos servicios.

Entre los cometidos del servicio de atención al paciente se encuentran:

- Proporcionar información a los usuarios.
- Asesorar a los usuarios cuando acuden a un centro hospitalario.
- Organizar y desarrollar normas hospitalarias o de centros de salud.
- Vigilar el cumplimiento de la normativa y el respeto a los derechos de usuarios y pacientes.
- Asesorar e informar a pacientes y familiares sobre los medios para la resolución de problemas.
- Tramitación de las reclamaciones y quejas y atender las sugerencias recibidas.
- Gestionar las encuestas de satisfacción.
- Solicitar la documentación clínica.

Otros cometidos del servicio de Atención al Paciente consisten en informar sobre:

- Los derechos y deberes de los usuarios en el aspecto sanitario.

- Salvaguardia de los derechos de los usuarios y plazo máximo estimado de respuesta
- La organización y funcionamiento de los servicios sanitarios y tipo de prestaciones.
- El derecho a la libre elección de médicos, a la posibilidad de solicitar una segunda opinión médica y sobre las voluntades anticipadas.
- Los tipos de prestaciones en materia ortoprotésica.
- Protocolo nacional sobre la donación de órganos.
- Acceso a los comités de ética asistencial.
- Voluntariado.
- Trámites para la obtención y/o renovación de la tarjeta sanitaria.
- Normativa sobre el transporte sanitario.
- Efectos y accesorios de la prestación farmacéutica.

5 Discusión-Conclusión

Los servicios de atención al paciente son fundamentales en el sistema sanitario porque no sólo colaboran en la resolución de problemas, sino que también mejoran la satisfacción del paciente y ayudan a un óptimo funcionamiento del sistema sanitario.

La importancia de los servicios de atención al paciente es que son la conexión entre la administración sanitaria y los pacientes y sus familias que reciben la atención sanitaria.

Son la unidad funcional encargada de brindar ayuda y asesoramiento a los usuarios del sistema público de salud, así como atender las quejas, consejos y reconocimiento de la atención recibida.

Con la tramitación de las reclamaciones, sugerencias y quejas presentadas por los usuarios del sistema de salud se posibilitará la corrección de las deficiencias que en algún momento pueda tener el sistema sanitario y constituyen un elemento fundamental para mejorar la calidad de los servicios sanitarios de utilización pública

Únicamente conociendo los aspectos que pueden ser susceptibles de ser mejorados se podrán adoptar las medidas precisas para corregir ese funcionamiento deficiente.

Las sugerencias y las aportaciones de los pacientes y usuarios son de gran utilidad para el sistema sanitario para mejorar el funcionamiento de la asistencia sanitaria o cualquier otro.

De igual modo, son elementos fundamentales para la mejora en la calidad de los servicios sanitarios públicos, mediante la incorporación de las sugerencias que los pacientes y usuarios hacen llegar a través del servicio.

Los profesionales que desempeñan su trabajo en los servicios de atención al paciente deben tener un conocimiento profundo de los derechos y deberes de los pacientes, así como de la gestión, el sistema de funcionamiento y las normas del centro hospitalario.

La legislación española sobre esta materia recoge el derecho a la información sobre los servicios sanitarios que tienen los ciudadanos españoles, la posibilidad de acceso a los mismos y los requisitos que se precisan para su uso.

6 Bibliografía

1. <https://www.saludinforma.es/portalsi/participacion/opinion-usuarios>
2. <https://www.saludcastillayleon.es/PacientesHCUV/es/sugerencias>
3. <https://www.euskadi.eus/informacion/servicio-de-atencion-al-paciente-y-usuario-departamento-salud/web01-a2inform/es/>
4. <https://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/poner-una-reclamacion-a-un-hospital-publico/>
5. <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/SugerenciasQuejas>
TwitterFacebookPinterestLinkedIn
6. <https://www.unir.net/salud/revista/servicios-atencion-paciente/>

Capítulo 439

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL ANTE QUEJAS Y SUGERENCIAS EN LOS CENTROS SANITARIOS.

MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ

BEATRIZ MATAS SARMIENTO

YOLANDA TAPIOLES NUEVO

ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY

NOELIA ACOBI MARTINEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo puede ser el primero en enterarse de una queja o sugerencia, pero no está obligado a responder o actuar sobre la sugerencia; en cambio, deben explicar de manera tranquilizadora su posición y explicar los derechos legales del paciente para ayudarlo a sentirse cómodo. Desde la perspectiva de la tranquilidad de la institución, la atención al paciente hará que este trabajo valga la pena con suficiente experiencia.

Deben tener una buena reputación ante el público. Los hospitales y centros médicos requieren servicios de atención al paciente. Es competencia de este servicio atender solicitudes de documentación clínica y cambios hospitalarios.

También se informa a los usuarios de todas las ventajas que ofrecen, el nivel de atención que ofrece cada negocio o servicio, y el procedimiento a seguir en

caso de tener alguna sugerencia o queja. El auxiliar administrativo está a cargo una variedad de respuestas a las quejas e incidencias de usuarios y pacientes, así como el conocimiento y herramientas necesarios para gestionar y resolver amigablemente este tipo de conflictos en un lugar rural.

La relación entre pacientes y personal médico y no médico es continua en el ámbito de la salud pública. Dado que la comunicación es crucial en todas las relaciones, la dirección debe mantener líneas de comunicación abiertas al cliente o usuario.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer las funciones de un auxiliar administrativo en una situación como esta y los procedimientos para presentar quejas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de 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 comunicación efectiva es necesaria para la relación continua entre los pacientes y el personal sanitario o no sanitario (cuidadores, auxiliares administrativos). La comunicación abierta entre los ambos mejorará la percepción pública, el usuario o paciente y la administración. Como parte de la atención al ciudadano o paciente, se aceptarán, registrarán documentos y se aceptarán solicitudes, quejas, elogios, sugerencias u otros comentarios:

- Presencial: en cualquier lugar donde reciban atención paciente o clientes de un centro de salud, incluido el Departamento de Salud o cualquiera de sus delegaciones territoriales.
- Por correo postal: Es necesario acudir al hospital donde se produjo el incidente, al Departamento de Salud o a una de sus Delegaciones Territoriales de Salud.
- En línea, utilizando un certificado digital reconocido por el sitio web y un formulario electrónico fácilmente disponible. Los reclamos y quejas son atendidos

por asistentes administrativos.

Pueden elegir entre dos opciones de comportamiento diferentes:

- Todos los usuarios deben saber dónde y cómo presentar reclamaciones, y ese es el único requisito. Por lo general, esto se hace como parte de los servicios de atención al paciente.

Su objetivo es atender directamente las reclamaciones y quejas de cada paciente o usuario. Cuando no existe un servicio de atención al paciente, esto suele ocurrir en los centros de atención primaria. Los auxiliares administrativos deben estar disponibles para ambos escenarios administrativos.

El auxiliar administrativo deberá respetar el protocolo del centro sanitario y prestar mucha atención. Se deberán utilizar los mismos procesos administrativos para todas las solicitudes:

- Un formulario de solicitud de muestra está disponible en cualquier centro de salud previa solicitud.
- Una copia del Documento Nacional de Identidad (DNI) es forma aceptable de identificación.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo debe ver las quejas y reclamaciones de los usuarios no como un problema en su contra, sino como una forma de comprender los problemas planteados por los usuarios para brindar una mejor atención médica y administrativa y examinar posibles soluciones.

Con profesionalismo, cortesía y respeto, manejaremos las quejas, deben intentarlo.

Para organizar y dimensionar adecuadamente tu tema, realiza una entrevista contenida. En el mismo texto, si es posible, también ofreceremos un principio de resolución.

Es fundamental contar con un plan de acción para todo el hospital, donde se tenga en cuenta la evaluación de todo el procedimiento.

6 Bibliografía

1. https://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/poner-una-reclamacion-aun_hospital
2. www.revistamedica.com
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 440

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCIÓN EN EL SERVICIO DE CITACIONES.

MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ

BEATRIZ MATAS SARMIENTO

YOLANDA TAPIOLES NUEVO

ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY

NOELIA ACOBI MARTINEZ

1 Introducción

Las unidades administrativas de los hospitales tienen un servicio de citas que se encarga de programar y administrar todas las citas y consultas generadas por estos servicios.

Cada unidad de cita en un hospital se dividirá en secciones independientes, cada una de las cuales estará a cargo de programar las consultas iniciales para cada servicio, organizar las agendas para consultas ambulatorias, confirmar citas, etc. Para coordinar los servicios médicos, los procedimientos de diagnóstico y organizar los horarios en un esfuerzo por crear la lista de espera más corta posible, el servicio de citas de un hospital es crucial.

La atención primaria y especializada son dos categorías dentro del ámbito de los servicios de salud. Una vez que se han agotado las opciones de diagnóstico y

terapéutico de atención primaria, se brindarán atención médica especializada y apoyo.

El auxiliar administrativo también informará a los pacientes y a los usuarios que se presenten a una cita, informándoles dónde se irán a realizar las consultas y ayudándolos con tiempo, si fuera necesario, para indicarles el lugar donde se encuentra.

Después de eso, este texto describirá la estructura organizativa del Servicio de Cumplimiento y los deberes que se encuentran bajo él para el auxiliar administrativo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones de los auxiliares administrativos en el servicio de citas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Hay varias secciones distintas dentro del servicio de citas. Por un lado, hay auxiliares administrativos a cargo de citar pruebas médicas de varias especialidades, lleva a cabo su trabajo en consultas externas; Hay otro departamento que no trabaja directamente con los pacientes y está a cargo de tareas como organizar y abrir agendas, avanzar en las citas de los pacientes con oncología, cancelar agendas cuando es necesario, etc. El auxiliar administrativo en el mostrador de consultas ambulatorias tomará la solicitud de pruebas adicionales del paciente y verificará la información personal del paciente, incluido el nombre, la dirección y el número de teléfono. También solicitará la tarjeta sanitaria individual del paciente, que es el documento oficial que acredita el derecho del paciente a recibir asistencia sanitaria en el servicio sanitario público correspondiente una vez confirmado. La información hará referencia a las pruebas enumeradas en la agenda

asociada y disipará cualquier inquietud que pueda tener el paciente.

El auxiliar administrativo también informará a los pacientes que se presenten a una cita, informándoles dónde se realizarán las consultas y ayudándolos tiempo, si es necesario, para dejarse llevar. Es responsable de recordarles las próximas citas y darles una copia nueva del volante de citas en caso de que pierdan la primera. Todas las dudas e inquietudes que le lleguen a través de este canal serán atendidas telefónicamente, y hará todo lo posible para satisfacer todas las solicitudes de los pacientes. A efectos de planificación, gestión y toma de decisiones, el asistente también proporcionará información sobre la evolución de la demanda y gestión de citas.

En el improbable caso de que estos no se revelen durante la consulta misma, también proporcionará las citas tanto para la consulta inicial como para la de seguimiento.

Para conseguir una ambulancia que lleve a la paciente de regreso a su casa, los auxiliares administrativos del ambulatorio también solicitará una.

La otra responsabilidad del auxiliar administrativo es llamar a los pacientes para confirmar las citas con el fin de asegurarse de que se presenten y evitar que se produzcan espacios vacíos.

La unidad de citaciones emplea a otras personas que no tratan diariamente con el público en general. Se enumeran como incluidas en su competencia las siguientes funciones:.

- Creación de agendas para diversas consultas y especialidades.
- Remitir pacientes a servicios establecidos con la seguridad social para exámenes e intervenciones complementarias.
- Llamar para reprogramar citas cuando se cancela un horario por motivos importantes o por otros motivos.
- Citas anticipadas cuando se abren nuevas agendas.
- Referencia a exámenes preoperatorios.

Dado que el auxiliar administrativo interactúa con el público a diario, debe mostrar empatía y respeto al verificar los datos, lo cual es crucial para el buen funcionamiento de los servicios hospitalarios. También deben ser minuciosos y eficientes.

5 Discusión-Conclusión

Además de coordinar las pruebas médicas con los procedimientos quirúrgicos, el servicio de citas se encarga de cubrir todas las distintas consultas externas del

hospital, así como de brindar atención ambulatoria. Para evitar crear tiempos de espera innecesarios y utilizar plenamente todos los recursos médicos, humanos y logísticos disponibles, es imperativo que su funcionamiento sea eficaz, fluido y eficiente.

El trabajo del auxiliar, crucial para el buen funcionamiento y la coordinación de todos los servicios, es crucial a la luz de todos los factores antes mencionados. Debido a que trabaja muy cerca de los pacientes, el auxiliar administrativo debe tener confianza y buenas habilidades de comunicación.

6 Bibliografía

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

Capítulo 441

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE TERMINAL. CUIDADOS PALIATIVOS Y CUIDADOS POST MORTEM

ANTONIO FERNÁNDEZ VILLAGRÁN

AITOR GÓMEZ SAIZ

BERNARDO LUZ MARTÍNEZ

LUIS MANUEL LÓPEZ BREA ORTIZ

MARÍA DE LOS SANTOS ALCÁZAR GRANADOS

1 Introducción

En el ámbito sanitario se hace referencia al paciente terminal cuando padece una enfermedad que se encuentra en un estado avanzado, progresivo y la cual no tiene curación, puesto que no responde al tratamiento establecido por los médicos especialistas.

Se denomina paciente terminal el paciente cuyo pronóstico de vida es inferior a los 6 meses y cuya actuación de los médicos y del equipo de enfermería se centra en la eliminación o reducción de los dolores y en garantizarle una mayor comodidad durante sus últimos días de vida.

Los profesionales sanitarios y no sanitarios a cargo de un paciente terminal deberán tener en cuenta una serie de principios básicos durante su actuación con este tipo de pacientes. Estos principios son:

- Control de síntomas.

Muchos de los síntomas no podrán mejorarse pero sí reducirse, como por ejemplo el dolor del paciente.

- Apoyo emocional.

El centro sanitario deberá prestar apoyo emocional tanto a pacientes como a familiares a través de especialistas en psicología y psiquiatría, para facilitar y ayudarles durante el proceso de aceptación de la enfermedad y de la ausencia de cura.

- Comunicación activa.

Entre los pacientes con las familias y el equipo profesional terapéutico.

- Cambios en la organización.

El equipo médico y de enfermería deberá adaptar su trabajo a las nuevas necesidades y cuidados de los pacientes paliativos.

2 Objetivos

- Enumerar los principios básicos a tener en cuenta con el paciente terminal.
- Detallar las funciones realizadas por el celador durante los cuidados paliativos del paciente terminal y los cuidados post mortem del paciente fallecido.

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 actuación del celador en los cuidados paliativos del paciente terminal.

Las funciones de los celadores durante los cuidados paliativos del paciente terminal se basarán en auxiliar al resto de categorías profesionales durante las actuaciones realizadas al paciente.

- Auxiliar a la categoría profesional de técnico en cuidados auxiliares de enfermería. o Realizar cualquier movilización del paciente durante el aseo diario o

para el cambio de pañal, también se harán movilizaciones al paciente durante los cambios posturales cada dos o tres horas.

- Auxiliar a la categoría profesional de enfermería. o Llevar a cabo cualquier actuación ordenada por el equipo de enfermería con relación a la movilización del paciente, cuando este no tenga las capacidades físicas o condiciones clínicas para moverse por sí mismo. o El traslado de los pacientes terminales es poco común en los centros hospitalarios, puesto que lo que se busca es la comodidad del paciente en la última etapa de su vida, en lugar del tratamiento. Es por ello, por lo que los celadores trasladarán los pacientes desde las habitaciones compartidas hasta una habitación en la que se encuentre él solo con sus familiares y seres queridos, para facilitar una despedida más íntima.

La función desarrollada por el celador consistirá en movilizar al paciente cuando La actuación del celador en los cuidados post mortem del paciente recién fallecido.

Las funciones de los celadores durante los cuidados post mortem del paciente recién fallecido se basará en auxiliar al resto de categorías profesionales durante el amortajamiento del paciente. La función desarrollada por el celador consistirá en movilizar al paciente cuando el técnico en cuidados auxiliares de enfermería necesite cambiarle el pañal o colocarle al paciente un camisón nuevo. Otra actuación para movilizar al paciente será la de introducirlo en el saco, también conocido como sudario.

La única función realizada exclusivamente por el celador durante los cuidados post mortem del paciente será la de trasladar al paciente desde la habitación de hospitalización hasta el tanatorio o mortuario de la institución sanitaria, para su posterior traslado por la funeraria o para el velatorio de la familia en el centro sanitario hasta que sea trasladado por los servicios funerarios.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador ante el paciente terminal. Cuidados paliativos y cuidados post mortem” nos demuestra la actuación realizada por los celadores con el paciente terminal, tanto los cuidados realizados en los últimos momentos de su vida, como los cuidados realizados una vez el paciente ha fallecido.

Cabe destacar que los cuidados post mortem se basan en preparar al paciente recién fallecido para su posterior traslado por los servicios funerarios, sin embargo, la actuación del celador se deberá centrar únicamente en la movilización del cadáver para introducirlo al sudario, puesto que los celadores pertenecen a

una categoría profesional no sanitaria y no deben tocar ningún dispositivo sanitario que lleve el paciente recién fallecido.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 442

AFECCIONES Y LESIONES DE LA PIEL EN EL ÁMBITO LABORAL SANITARIO

VIDALINA VEGA FERNÁNDEZ

MARÍA DEL CARMEN VEGA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Seguramente tenemos claro que cuidar la microbiota intestinal es vital para mejorar nuestra salud , ya que nuestro intestino es nuestro ” segundo cerebro ” , pero no sucede así con la microbiota de la piel (todos los microorganismos que viven en la epidermis- miles de millones de bacterias y hongos que se encuentran en la superficie e interior de nuestra piel). Estos microorganismos constituyen la flora normal de la piel y la barrera que ayuda a mantener a otros organismos (patógenos) alejados, actúan como un escudo contra alérgenos, irritantes, contaminación y otras sustancias nocivas para la piel; también ayudan a mantener el ph.

La piel es el órgano más extenso del organismo y es la primera línea de defensa, dicen que es la cara visible de la medicina interna, a través de la cual se pueden observar multitud de alteraciones de nuestra salud.

Existe una gran amplia gama de afecciones que afectan a la piel e incluyen enfermedades causadas por infecciones bacterianas, infecciones por hongos, reacciones alérgicas, parásitos, cánceres. Debido a la continua exposición de irritantes o alérgenos, los profesionales no sanitarios son altamente susceptibles de padecer irritaciones- patologías cutáneas. Las exigencias o tareas diarias , de forma rutinaria y repetitiva ocasionan severos problemas en nuestra piel, y por ende , en la salud de los profesionales no sanitarios.

2 Objetivos

Difundir medidas de precaución y protección de las lesiones cutáneas para el personal no sanitario, con el fin de mejorar el protocolo de actuación y autocuidado de las afecciones cutáneas, minimizar complicaciones y potenciar la prevención, evitando lesiones complejas o cronificación.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realiza una consulta de publicaciones y una revisión bibliográfica sobre temática científica. Así como una búsqueda de información en artículos en las principales bases de datos : Medline, Scielo, Pubmed, Gaceta Médica, entre otros, seleccionando datos científicos e información divulgativa con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los diversos factores que inciden en la aparición y desarrollo de afecciones cutáneas (eczema, dermatitis, psoriasis, reacciones alérgicas, infecciones por hongos, irritaciones, cáncer...) asociados al trabajo del personal no laboral, serán:

- trabajo húmedo: lavado frecuente de manos (>20 veces al día) con jabón y desinfectantes a base de alcohol, eliminan las barreras naturales de la piel.
- uso prolongado de guantes (> 5 minutos), los guantes de latex no solo inducen a alergias , sino que también facilitan la sensibilización por contacto y la dermatitis irritante.
- antecedentes genéticos.
- tareas prolongadas durante tantas jornadas anuales, producen un riesgo de 1,5 veces más probable de desarrollar alguna patología cutánea.

Estos factores de riesgo en el ámbito laboral sanitario dan lugar a la aparición de diferentes tipos de eczemas (irritantes, alérgicos- el más común uso de guantes), dermatosis irritativas (reaccion inflamatoria como consecuencia de sustancias y preparados no corrosivos en contacto breve con la piel o mucosas provoca este tipo de alteración, se estima que hay un 80% de casos que corresponden a esta tipología), dermatosis alérgicas (producidas por sustancias que inducen a una reacción de hipersensibilidad en personal genéticamente susceptible, teniendo una incidencia del 20%), heridas por quemaduras aunque inicialmente son estériles pero debido a la presencia de tejido muerto y pérdida de protección de la piel, conlleva al crecimiento de bacterias que normalmente se encuentran en la

capa externa crezcan en el interior de la herida y pueda provocar infección. Por toda esta confluencia multifactorial y complejidad de cada microbioma de la piel de cada organismo , evolución e implicación de los diferentes gérmenes nocivos (entre ellos destaca el stafilococo, responsable de la mayoría de las infecciones cutáneas), o incluso su causa desconocida, la evaluación clínica no permite dar información precisa del microorganismo que está causando la infección o de la mejor opción terapéutica, lo que requiere utilizar pruebas de laboratorio que determinen y faciliten un diagnóstico.

Prestar atención a cualquier reacción cutánea resulta una pieza clave, tanto en la prevención, como en la detección y tratamiento de problemas y lesiones en la piel . Dado que el ataque de distintos gérmenes a través de una herida o corte producen infecciones que requieran pruebas de laboratorio o analítica para identificar el tipo de infección ,es muy importante no descuidar o restar importancia la aparición de una herida y mantener el buen estado de la piel. Especialmente cautas deben ser las personas inmunodeprimidas o con mala vascularización , y en ámbito sanitario con gran riesgo de lesiones cutáneas.

Adoptar precauciones en todos los procedimientos o tareas laborales en los que exista posibilidad de contacto con fluidos corporales, sangre, sustancias nocivas, a través de la piel o mucosas, es muy importante , para la prevención vía cutánea y mantener buena higiene personal (proteger pequeñas heridas y cortes), utilizar elementos de protección (guantes , bata), vacunación (inmunización activa), cuidado con objetos cortantes- punzantes, esterilización y desinfección correcta de instrumentales y superficies. Todas estas precauciones, son fundamentales para prevenir el deterioro de la piel. Constituye un esfuerzo que el contacto repetitivo y prolongado con sustancias agresivas, exposición a radiaciones, el uso frecuente de agua y guantes (excesiva humedad), etc., actúe desfavorablemente sobre la barrera protectora y seamos más propensos a alguna patología cutánea (eczema, dermatitis, psoriasis, urticaria, cáncer...).

Después de las enfermedades de tipo osteomuscular, el grupo de enfermedades laborales más frecuente son las afecciones de la piel, teniendo una considerable repercusión sobre la salud y muy prevalente en la actualidad.

5 Discusión-Conclusión

Un déficit del autocuidado de la piel, sumados al proceso de envejecimiento y a la concurrencia de factores laborales (lavados de manos recurrente, uso guantes látex, fricción continuada, alérgenos de contacto ocupacional: formaldehído, clorhexidina, productos químicos, hongos ,bacterias....) hacen de nuestra

piel susceptible de ser lesionada, produciendo desde un simple enrojecimiento a procesos cutáneos más severos y complejos, siendo complicado establecer un diagnóstico lesivo específico.

Dentro de la pirámide profesional de la piel están: los dermatólogos, médicos estéticos, farmacéuticos o los esteticistas, pero el dermatólogo debe liderar siempre a esos profesionales en beneficio de la salud, ya que es el único que abarca toda la salud cutánea (desde la más alterada, hasta la piel sana y la versión más estética).

Antes de tratar, es necesario diagnosticar, en base a ese diagnóstico, decidir. Un 10% de los lentigos malignos son previamente tratados con láser. Quitar color a una lesión cutánea con láser, puede dificultar el diagnóstico temprano de tumoración y su tratamiento precoz, o confundir algunas patologías autoinmunes. Por lo que el dermatólogo, es el especialista con la máxima capacitación para tratar los problemas cutáneos con técnicas específicas (dermatoscopia o la epilumiscencia).

La dermatología es uno de los campos más propensos al desarrollo tecnológico en la comprobación de determinadas patologías (una de ellas el cáncer), donde la detección temprana es clave para combatirlo.

Dentro de esta batalla, la inteligencia artificial y las herramientas deep learning o de aprendizaje continuo son trascendentales (estos sistemas con captación de miles de imágenes procedentes de personas sanas y de pacientes con diferentes tipos de cáncer, aprenden los rasgos de cada uno comparándolos entre sí y establecen los diagnósticos y mejores tratamientos. Todo ello se consigue con un algoritmo óptico entrenado, alcanzando una tasa de acierto del 76%.

Otra de las tecnologías de gran avance es la robótica, consiguiendo la exploración integral del cuerpo humano en 360°. Así como la impresión 3D y el progresivo diseño, para la creación de piel artificial y de tejido capaz de regenerar piel dañada, siendo ésta una de las vías más activas de la investigación en el campo de la dermatología.

A través de campañas de promoción de hábitos saludables en salud dermatológica, campañas de screens de cáncer de piel, formación preventiva, de asesoramiento y consulta farmacéutica, que fomenten una buena educación dermatológica de salud para disminuir infecciones cutáneas (de origen bacteriano, vírico, parasitario) y se traten de forma precoz con el tratamiento y seguimiento correcto, de manera que bajen los porcentajes de incidencia cutánea para el personal no sanitario tan expuesto a estas patologías.

6 Bibliografía

<https://medlineplus>.

<https://www.actasdermo>.

<https://www.saludcastillayleon.es>

[https://escuela de salud.castillalamancha.es](https://escuela.de.salud.castillalamancha.es)

Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e investigación deterioro integridad cutánea (online) <http://www.anedidid.org>

Callen J, Jericó J. Signos cutáneos de las enfermedades sistémicas .4° ed. Madrid. El Sevier.

Capítulo 443

EL TELETRABAJO PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN UN CENTRO SANITARIO

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

MARIA JESUS MORA HIDALGO

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO

SILVIA CARRION PARDO

1 Introducción

El trabajo desde casa o desde otro lugar que no sea en el área de trabajo habitual (Hospital u otro centro sanitario) está para quedarse. Desde 2020 con la llegada de la pandemia Covid-19 se ha aumentado este tipo de trabajo para evitar contactos y hacer más flexible la hora de trabajar del personal administrativo.

Con las nuevas tecnologías y teniendo acceso a internet, un técnico administrativo podría realizar su trabajo donde quisiera. Por ejemplo, envían un correo indicando que pasen documentos a la base de datos del sistema de los trabajadores del hospital o centro sanitario donde se esté trabajando.

El centro sanitario u hospital tiene que estar seguro que el lugar desde el que se vaya a realizar el trabajo cumpla con la normativa vigente en materia de seguridad y salud laboral que el trabajador que va a emplear el teletrabajo debe

solicitar. También disponer de equipo para realizar el trabajo sin problemas y el software cumple con la seguridad mediante VPN (transmitir datos de forma segura. Consiste en ocultar la dirección IP de los usuarios y cifrar los datos para que nadie que no esté autorizado, pueda tener dichos datos). También se tienen que asegurar que el Software es concretamente legal ya que se tiene que cumplir la ley (LPI: Ley de la propiedad Intelectual).

2 Objetivos

- Exponer todo lo que tiene que tener en cuenta un administrativo para cumplir su trabajo realizando el teletrabajo.
- Saber cuando y como se tiene que realizar el trabajo de forma remota y online.

3 Metodología

Para realizar este capítulo, se ha realizado una búsqueda de información en internet donde se ha teniendo en cuenta todos los datos proporcionados por la búsqueda relacionada.

Las palabras claves para buscar toda la información han sido: "Teletrabajo" "Administrativo" "Hospital o centro sanitario".

También se ha tenido información de la página de SESCO de Castilla la Mancha para la información de la ley en la publicación "Introducciones teletrabajo definitiva".

4 Resultados

La función de teletrabajo no lo puede cumplir cualquier persona administrativa que:

- Realicé funciones de dirección coordinación o supervisión.
- Los puestos de atención directa al público.

Es decir. Todos los trabajos que requieren la presencia física del empleado no podrían realizar teletrabajo, por ejemplo: Archivar documentación en formato físico en carpetas o generar justificantes médicos a los pacientes e informarles de donde se tienen que dirigirse en cuanto llegan a un hospital o centro sanitario. Teletrabajar no significa que no pueda realizar trabajo presencial. En algunas Comunidades Autónomas por ejemplo Castilla La Mancha, no se puede superar el 40% de la jornada de trabajo en cómputo mensual. Se podría establecer entre

centro hospitalario y administrador que martes y jueves se teletrabajara y los demás días sea trabajo presencial. Dependerá del trabajo a realizar.

Un administrador que realice teletrabajo tiene que cumplir con las horas de trabajo y su jornada laboral. No por estar en sus casas y poder acceder al ordenador en cada momento signifique que en cualquier momento se pueda trabajar.

Las funciones que se puede cumplir un administrativo para poder realizar teletrabajo son las siguientes:

- Contabilidad: Tramitación de facturas y control presupuestario del gasto sanitario.
- Personal: Se podrá realizar tramitación de expedientes añadir y modificar documentos y elaborar contratos o llamar a la persona que va a ser contratada.
- Facturación y cargos a terceros: referida para la gestión administrativa del cobro de servicios sanitarios de usuarios sin asistencia sanitaria cubierta por el SNS (Sistema Nacional de Salud).
- Suministros: Los encargados de compras como el almacén de un centro hospitalario. Realizarán gestiones de aprovisionamiento de todos los recursos de materiales y equipos necesarios para que un hospital o centro de salud no tenga problemas de Stock sanitario.

5 Discusión-Conclusión

No todo el mundo es apto para realizar el teletrabajo. Muchos trabajadores le generan estrés el estar trabajando desde su casa. Una de las principales causas de no querer teletrabajar es tener la sensación de aislamiento social y disminución del nivel de contacto. Se pasa más tiempo sin moverse, por lo cual, se tiene más problemas de salud como dolores de espalda, cervicales o fatiga visual.

Una de las ventajas más importantes para poder realizar teletrabajo es que se tiene una mayor posibilidad de conciliación entre vida laboral y familiar. Ya que se puede estar en casa con un familiar que necesite su atención.

Reducir el tiempo y el ahorro en el desplazamiento también es una de las ventajas que se puede tener a la hora de trabajar desde casa. La reducción de los tiempos de desplazamiento ayuda a los trabajadores con limitaciones físicas o discapacidad.

6 Bibliografía

<https://congresosicepa.com/teletrabajo-personal-administrativo-salud/>

https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20140613/instrucciones_teletrabajo.pdf

Capítulo 444

EL PAPEL DEL ADMINISTRATIVO EN RECURSOS HUMANOS EN UN HOSPITAL

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

MARIA JESUS MORA HIDALGO

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO

SILVIA CARRION PARDO

1 Introducción

Un administrativo puede realizar trabajos de recursos humanos (RRHH) donde su trabajo es muy importante y sus acciones de forma indirecta puede ayudar a un paciente.

La contratación de un personal sanitario o no sanitario en un hospital dependería de este departamento. El supervisor de planta y de zona de trabajo indicaría a RRHH que sería necesario una contratación de un profesional para cubrir la zona de trabajo. El administrador tiene que saber a quién puede contratar, por cuanto tiempo el contrato y realizar seguimiento en la bolsa de contrataciones.

Un administrador deberá de saber almacenar documentación y saber compartir esa documentación en formato digital. Dar acceso a los empleados que necesiten acceder a estos sistemas de software para poder estar conectados en cualquier

momento, por ejemplo, acceder a la nómina desde cualquier lugar y poder descargársela.

Un hospital como ya sabemos no tiene horario de cierre, 24 horas abiertas en los 365 días del año. Por eso, se debe de realizar turnos. Los turnos de trabajo dependerán de que puesto de trabajo se trate. Hay médicos que son turnos de 24 horas y TCAE de 8 horas. También dependiendo de cada centro hospitalario que así lo tenga establecido.

Esos turnos pasarán por RRHH, que serán los encargados de que “cuadren” las cuentas en las horas trabajadas que contempla la ley.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del administrativo en recursos humanos de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del este capítulo, se ha llevado una investigación en revistas medicas y RRHH de un hospital para poder contrastar la información de varios medios disponibles.

Se ha buscado en Google las palabras claves “RRHH”, “Hospital”, “Centro sanitario” entre otras para tener la información más clara para poder publicar este capítulo.

4 Resultados

El personal administrativo que realiza trabajo de recursos humanos tendrá que acceder al sistema informático donde pueda acceder toda la información necesaria para poder realizar su trabajo y para poder actualizar con nuevos datos, los documentos o comunicados generados.

Un hospital no es una empresa privada, pero, en sección de personal, podría ser igual. RRHH tiene la responsabilidad de la selección y contratación de personal. La diferencia entre sector privado y sector público es que en el sector público se utiliza bolsa u oposiciones, mientras que en sector privado puede ser mediante curriculum, por entrevista de trabajo o por publicidad en alguna página web para buscar trabajo (LinkedIn).

El personal de RRHH dispondrá de un software de reclutamiento del personal que puede ser contratado.

Cuando el personal de RRHH llama a la persona adecuada para ser contratada, deberá de saber de qué tipo y de cuanta es la duración de dicho contrato.

En un hospital también se encuentra la retención de empleados, esto quiere decir, que si un cardiólogo es muy bueno realizando ese trabajo y se quiere marchar a otro hospital o a una clínica privada. El personal de recursos humanos podría mejorar las condiciones de este trabajador para que se pueda quedar. Perspectiva de crecimiento, salario y el ambiente laboral hacen que ese empleado se pueda quedar.

El papel de un administrativo en RRHH también es fundamental, no solamente la realización de nóminas, contrataciones y cuadrante laboral. RRHH en un hospital tiene que tener en cuenta el asesoramiento jurídico. Se tiene que tener en cuenta lo que indica la ley ante denuncias o quejas y saber hacer frente sobre estas situaciones. El administrativo en recursos humanos debe de velar porque los salarios sean justos. Muchos trabajadores sanitarios irían a RRHH para saber si se está teniendo en cuenta los impuestos en seguridad social o que las horas extras no la ven reflejadas en su nómina. Para ello también se tiene que saber empatizar con el trabajador y darle una respuesta y una solución.

5 Discusión-Conclusión

Ser administrador de un hospital y sobre todo, estar en el departamento de recursos humanos no es para nada fácil. Según OMC (Organización Médica Colegial) con la llegada de la pandemia el sector sanitario ha estado de baja una cuarta parte de los empleados. En administración, el 34% ha llegado a barajar la idea de abandonar la profesión. Un administrador, lo que más sufre, es la salud mental. El estrés y ansiedad afecta más desde la pandemia.

Durante la pandemia de Covid-19 un administrador en recursos humanos ha sido fundamental y necesario, ya que con la pandemia se necesitaba más personal sanitario para tener que llamar para poder contratar. En la pandemia se podía contratar a trabajadores sociales para distintos centros de salud para trabajar como rastreadores y se había buscado profesionales sanitarios jubilados que hubieran prestado servicios en la sanidad pública y no hubieran pasado de los 70 años.

6 Bibliografía

1. <https://blog.kenjo.io/es/la-gestion-de-los-recursos-humanos-en-los-hospitales>.
2. <https://www.talentsalud.es/blog/rrhhhospitales>.

Capítulo 445

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PRESERVACIÓN DE LA HISTORIA MÉDICA: GESTIÓN DE ARCHIVOS Y CONSERVACIÓN

ANGEL GARCIA TENORIO BENITEZ

MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO

RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ

MONTSE BUSTOS MATIAS

RAQUEL COSTA SÁNCHEZ

1 Introducción

En el entorno sanitario, la evolución es una constante. A lo largo de las décadas, la atención sanitaria ha experimentado transformaciones constantes, marcadas por avances científicos, cambios en las políticas de salud pública y una creciente comprensión de las complejidades de la salud humana. En este contexto dinámico, el archivo histórico emerge como una fuente invaluable de conocimiento.

El archivo histórico sanitario contiene información médica. Resguarda historias clínicas de pacientes, informes de diagnóstico, registros de tratamientos, avances

médicos y políticas de salud pública que abarcan décadas e incluso siglos. Este archivo es, un componente fundamental en la gestión de la información en el ámbito de la atención médica, ya que almacena de datos y conocimientos que son esenciales para múltiples aspectos de la práctica sanitaria y de la investigación científica.

Los investigadores y académicos de la salud también encuentran en el archivo histórico sanitario una fuente de datos para sus estudios. Los avances científicos y médicos se basan en gran medida en el conocimiento acumulado a lo largo de la historia. La revisión de registros médicos históricos permite a los investigadores rastrear la evolución de enfermedades, descubrir patrones de salud y, en algunos casos, desarrollar nuevas perspectivas sobre diagnósticos y tratamientos.

2 Objetivos

Evaluar las acciones y desempeño del auxiliar administrativo en el archivo histórico con el propósito de asegurar una adecuada organización de las historias clínicas.

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"; "file" y "clinical history". Posteriormente, se incorporaron análisis y estudios clínicos recientes.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos juegan un papel fundamental en la gestión de archivos que contienen historias clínicas, desempeñando un rol crucial en la organización, seguridad y eficiencia en el manejo de información crítica en el ámbito de la salud. Su labor abarca una serie de responsabilidades esenciales, y a continuación, se detallan algunas de estas funciones clave, respaldadas por estadísticas relevantes:

Los auxiliares administrativos son responsables de recibir, verificar y registrar la documentación relacionada con las historias clínicas de los pacientes. Este proceso de recopilación y registro es fundamental para garantizar la disponibilidad

de información médica precisa y completa. Según estadísticas de la Asociación de Profesionales de la Salud, aproximadamente el 95% de las historias clínicas se inician con una fase de recopilación y registro precisa.

La clasificación y organización de los documentos es una tarea esencial realizada por los auxiliares administrativos. Estos profesionales se aseguran de que los registros estén debidamente categorizados, etiquetados y archivados de manera sistemática. Esto mejora la eficiencia en la búsqueda y acceso posterior a la información médica. De acuerdo con un estudio realizado por el Instituto de Salud, una correcta organización de registros puede reducir los tiempos de búsqueda en un 30%.

Mantener las historias clínicas actualizadas y en buen estado es una prioridad para los auxiliares administrativos. La integridad de los documentos es crucial para la toma de decisiones médicas. Un informe del Centro de Control y Prevención de Enfermedades señala que el 85% de los diagnósticos y tratamientos dependen de la precisión de la información contenida en las historias clínicas.

Los auxiliares administrativos tienen un rol central en el control de acceso a la información médica confidencial. Garantizan que solo el personal autorizado tenga acceso a los registros, lo que es esencial para proteger la privacidad de los pacientes. Según datos del Instituto de Privacidad de la Salud, aproximadamente el 92% de los pacientes valoran la confidencialidad de sus historias clínicas como un factor crítico en la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

El rol del técnico auxiliar administrativo en el archivo histórico es de vital importancia en la preservación y administración de información médica a lo largo de la historia. La labor de estos profesionales sanitarios es garantizar que los registros médicos se encuentren organizados, sean fácilmente accesibles y estén adecuadamente conservados. Este trabajo no solo tiene un impacto significativo en la toma de decisiones clínicas por parte de los profesionales de la salud, sino que también contribuye de manera substancial a la investigación médica y a nuestra comprensión de cómo ha evolucionado la atención médica a lo largo de la historia.

6 Bibliografía

1. Gartee, R. (2017). *Health Information Management: Principles and Organization for Health Information Services*. John Wiley & Sons.

2. Karim, A., & Naseer, M. (2019). Role of Health Records and Information Management in an Efficient Health Care System. *Cureus*, 11(9), e5797. DOI: 10.7759/cureus.5797

Capítulo 446

EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ALMACÉN LOGÍSTICO HOSPITALARIO

ANGEL GARCIA TENORIO BENITEZ

MONTSE BUSTOS MATIAS

RAQUEL COSTA SÁNCHEZ

MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO

RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ

1 Introducción

El servicio de suministros en el contexto hospitalario desempeña una función de trascendental relevancia, ya que asegura la disponibilidad de los recursos materiales esenciales para el funcionamiento óptimo no solo del hospital en sí, sino también de los centros de salud asociados. Este servicio se compone de dos pilares cruciales: el Departamento de Compras y el Almacén General.

El Departamento de Compras se encarga de una labor estratégica, siendo responsable de la selección y adquisición de diversos suministros médicos y farmacéuticos. Su tarea no solo abarca la identificación de los productos adecuados, sino también la evaluación de proveedores y la negociación de contratos que garanticen la calidad y la eficiencia en las compras. Su trabajo meticuloso y orientado a

la estrategia es esencial para asegurar el abastecimiento adecuado de los recursos necesarios.

El Almacén General, por su parte, asume la responsabilidad de gestionar y distribuir estos recursos de manera eficiente y segura. Aquí, los auxiliares administrativos cumplen un papel fundamental al mantener un inventario actualizado y preciso de todos los suministros, garantizando su disponibilidad en el momento necesario y en las cantidades adecuadas. Además, se aseguran de cumplir con las regulaciones de almacenamiento y seguridad, protegiendo la integridad de los productos.

En conjunto, estos dos componentes del servicio de suministros establecen una red de cooperación que asegura una provisión continua de recursos esenciales en el entorno hospitalario. Esta red no solo favorece el funcionamiento eficaz del hospital, sino que también apoya la misión global de proporcionar una atención sanitaria de excelencia a pacientes y usuarios. Es, indudablemente, un engranaje fundamental en la gestión de recursos en el ámbito de la atención médica.

2 Objetivos

Analizar la gestión eficiente y segura de los recursos médicos y farmacéuticos en el almacén logístico sanitario, mediante la ejecución de tareas de los auxiliares administrativos.

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"; "hospital warehouse" y "performances". Posteriormente, se incorporaron análisis y estudios clínicos recientes.

4 Resultados

Las funciones de un auxiliar administrativo en un almacén hospitalario son esenciales para garantizar un flujo de trabajo eficiente y seguro en la gestión de suministros médicos y farmacéuticos. Estas funciones pueden variar según la estructura y las necesidades específicas del hospital.

Los auxiliares administrativos en un almacén hospitalario dedican aproximadamente el 20% de su tiempo, se emplea en clasificar y almacenar los suministros de manera organizada y eficiente. Esto incluye seguir las normas de seguridad y las regulaciones específicas de almacenamiento para garantizar la integridad de los productos. Además, se dedica a procesar solicitudes de suministros de diferentes departamentos del hospital y preparar los pedidos para su distribución.

Alrededor del 15% de su tiempo lo emplean en recibir y verificar entregas de suministros médicos y farmacéuticos. Esto implica asegurarse de que los productos entregados sean los correctos y estén en buen estado. También, realizan inspecciones periódicas de los productos almacenados para garantizar que cumplan con los estándares de calidad y seguridad.

Los auxiliares administrativos dedican aproximadamente el 10% de su tiempo a mantener un registro actualizado del inventario de suministros. Esto involucra registrar las entradas y salidas de productos, así como el seguimiento de las fechas de caducidad. Además, coordinan la distribución de suministros a las áreas correspondientes dentro del hospital, asegurando entregas oportunas y precisas.

Los auxiliares administrativos dedican un 5% de su tiempo a mantener una comunicación efectiva y a mantener una colaboración con el personal de enfermería, médicos y otros departamentos para satisfacer sus necesidades de suministros de manera eficiente. Además, se enfoca en cumplir con las regulaciones de seguridad y mantener un ambiente de trabajo seguro en el almacén. Por otro lado, preparan informes regulares sobre el inventario, las entregas y otros aspectos relacionados con la gestión de suministros. También, se aseguran de que todas las operaciones en el almacén cumplan con las regulaciones y normativas sanitarias y de seguridad aplicables.

Cerca del 3% del tiempo se destina a gestionar las devoluciones de productos defectuosos o excedentes, asegurando que se sigan los procedimientos adecuados. Por último, un 2% del tiempo se utiliza para mantener registros precisos y actualizados de los productos y movimientos de inventario, utilizando sistemas informáticos o herramientas de software específicas.

5 Discusión-Conclusión

La labor de los auxiliares administrativos en los almacenes hospitalarios desempeña un papel fundamental en el aseguramiento de la calidad y la seguridad en la prestación de servicios de salud en los hospitales. Su eficiencia, atención a la seguridad y precisión en la gestión de inventarios son pilares esenciales para garantizar que los recursos esenciales para la atención sanitaria estén disponibles

en todo momento. Además, su compromiso con el control de calidad, la trazabilidad de los productos y el cumplimiento de regulaciones contribuye significativamente a mantener altos estándares de atención, ya garantizar que los pacientes reciban los cuidados y tratamientos necesarios de manera segura y efectiva.

6 Bibliografía

1. Smith, DG y Fox, SR (2019). Gestión de la cadena de suministro en hospitales: una revisión. *Revista Internacional de Investigación Hospitalaria*, 8(2), 56-69.
2. Tan, K. L. (2017). *Hospital Materials Management: Practices and Policies*. CRC Press.

Capítulo 447

EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACOLOGÍA

ANGEL GARCIA TENORIO BENITEZ

RAQUEL COSTA SÁNCHEZ

MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO

RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ

MONTSE BUSTOS MATIAS

1 Introducción

En primer lugar, es esencial destacar que los centros hospitalarios están obligados a contar con servicios o unidades de farmacia hospitalaria que cumplan con los estándares mínimos establecidos por la legislación correspondiente.

Estas unidades farmacéuticas se componen de un equipo diverso y complementario que incluye a farmacéuticos, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, enfermeros, técnicos de laboratorio, técnicos auxiliares administrativos y celadores. Juntos, desempeñan un papel vital en el sistema de atención farmacéutica hospitalaria.

La función primordial de estos servicios de farmacia en los que contribuye los técnicos auxiliares administrativos, presentes en todos los hospitales, es asegurar la

disponibilidad constante de medicamentos y otros productos farmacéuticos esenciales. Esta disponibilidad es vital para atender a los pacientes ingresados en las distintas unidades de hospitalización, proporcionando el tratamiento necesario para su recuperación. Además, estos servicios también son fundamentales para aquellos pacientes que se encuentran en régimen ambulatorio, garantizando que tengan acceso a los medicamentos y productos farmacéuticos requeridos para su atención médica adecuada.

Por último, la colaboración y el desempeño eficiente de estos auxiliares administrativos y otros profesionales de la salud en el servicio de farmacia contribuyen de manera significativa al bienestar de los pacientes y a la calidad de la atención sanitaria proporcionada en los hospitales.

2 Objetivos

Analizar la contribución de los técnicos auxiliares administrativos en la gestión y administración del servicio de farmacia hospitalaria, garantizando la disponibilidad y distribución eficiente de medicamentos.

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"; "pharmacy"; "hospital" y "functions". Posteriormente, se incorporaron análisis y estudios clínicos recientes.

4 Resultados

Las funciones desempeñadas por el auxiliar administrativo en la unidad de farmacia de un hospital son fundamentales para asegurar un flujo eficiente de medicamentos y productos farmacéuticos, así como para proporcionar información crucial para la toma de decisiones y la gestión financiera.

Una de las tareas principales del personal administrativo en la farmacia hospitalaria es facilitar la entrega de medicamentos y otros productos farmacéuticos a las diferentes Unidades de Hospitalización. Esto implica coordinar el transporte de las solicitudes de medicamentos procedentes de distintos servicios hospitalarios hasta la farmacia. Además, también se encargan de llevar los envases de

dosis individualizadas desde la farmacia hasta las plantas del hospital, utilizando un carrito específico denominado "carro de monodosis". Esta labor garantiza que los pacientes reciban sus tratamientos de manera oportuna y eficaz.

Otra función esencial es la gestión de pedidos de medicamentos. Esto implica emitir los pedidos de medicamentos necesarios según las decisiones tomadas por la Comisión de Farmacia y Terapéutica. El personal administrativo también realiza un seguimiento de los pedidos para asegurarse de que se entreguen en tiempo y forma. Además, mantienen registros actualizados de los niveles de existencias, asegurando que haya suficiente disponibilidad de medicamentos para satisfacer la demanda de los pacientes y los servicios médicos.

El personal auxiliar administrativo tiene la responsabilidad de generar informes periódicos sobre el consumo de medicamentos en el hospital. Estos informes se desglosan según varios criterios, como unidades de enfermería, servicios médicos, patologías, laboratorios y medicamentos específicos. Estos datos son esenciales para evaluar el uso de medicamentos y tomar decisiones informadas sobre la gestión de inventarios y la selección de medicamentos.

El técnico auxiliar administrativo es responsable de proporcionar informes periódicos a la Dirección Médica del hospital. Estos informes contienen datos relevantes que justifican el estado financiero de la farmacia, incluyendo el cumplimiento del presupuesto asignado. Esta información es esencial para la toma de decisiones financieras y la planificación estratégica de la gestión de recursos.

Por último, el auxiliar administrativo es responsable de recibir y verificar el material farmacéutico entregado por proveedores. Es fundamental asegurarse de que el material recibido coincida con la información detallada en los albaranes de entrega. Si existe alguna discrepancia, el personal administrativo debe comunicarse con el responsable de la farmacia para resolver la situación de manera adecuada y garantizar la integridad de los suministros farmacéuticos.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental en las farmacias hospitalarias, donde se integran de manera integral en el sistema de atención médica. Sus responsabilidades abarcan aspectos esenciales como la gestión de inventarios, la distribución de medicamentos, la documentación administrativa y legal, y la generación de informes de consumo. Su contribución es de destacar para mantener la disponibilidad de medicamentos y productos farmacéuticos, optimizar la gestión de recursos y promover la investigación y la educación en el campo de la farmacología, todo ello en beneficio del bienestar y la recuperación

de los pacientes. En definitiva, el personal administrativo en la unidad de farmacia de un hospital desempeña una serie de funciones vitales que respaldan el funcionamiento efectivo de la farmacia y contribuyen al éxito general de la atención médica proporcionada a los pacientes.

6 Bibliografía

1. Marrero C & Hernández P (2012). Manual de farmacia hospitalaria. Editorial Elsevier España.
2. Swayne LC, Duncan WJ, Ginter PM (2016). Administración de organizaciones de salud: teoría y práctica. Ediciones Díaz de Santos.

Capítulo 448

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA HOSPITALARIA Y LA IMPORTANCIA DE LAS MOVILIZACIONES

RUBENS TORIJA RESUELA

1 Introducción

Es de suma importancia que el celador tenga una serie de conocimientos sobre las posiciones que más se usan para realizar movilizaciones con los pacientes encamados en planta. Las posiciones más usadas suelen ser: decúbito supino, decúbito lateral derecho o izquierdo y en muy pocas ocasiones decúbito prono. Es de suma importancia saber usar las destrezas y las técnicas necesarias para realizar nuestro trabajo en esta unidad, puesto que en muchas ocasiones se requiere de mucha fuerza. En estos últimos años han aumentado el índice de lesiones en los celadores, debido al mal uso de posiciones corporales y por no hacer uso en ocasiones de grúas. Hay que recordar que el celador siempre realiza dichas funciones acompañadas por personal sanitario. El celador tiene que seguir unas normas generales para la movilización del paciente, como son:

- Seguir las instrucciones del personal sanitario.
- Guardar en todo momento la intimidad del paciente.
- Adaptar las medidas de higiene necesarias para cada caso.
- Evitar movimientos bruscos durante movilización del paciente.
- Garantizar en todo momento la seguridad del paciente. Los pasos previos que el celador debe cumplir a la movilización son:

- Informar al paciente de lo que se le va a realizar, pedir su colaboración y transmitirle tranquilidad.
- Retirar los objetos que molesten o dificulten la acción.
- Preparar el material necesario.
- Colocar la cama en la posición que más ayude en la movilización del paciente.
- Siempre frenar la cama.
- Tener cuidado con los sueros, drenajes, etc., que impidan la movilización.
- Adaptar una posición mecánica adecuada para evitar lesiones.

2 Objetivos

Informar sobre las competencias del celador cuando trabaja en la planta de medicina interna, así como la importancia de realizar de forma más correcta posible la movilización de pacientes encamados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 principales competencias del celador en planta de medicina interna son:

- Vigilar el paciente encamado para que todo en orden.
- Prestar ayuda al personal sanitario que nos requiera.
- Ayudar a realizar lavados o higiene a las auxiliares de enfermería.
- Vigilar que se guarde el orden en las habitaciones.
- Controlar la entrada y salida de visitantes.
- Traslados de pacientes o mobiliarios.

Las movilizaciones en los pacientes encamados tiene la principal finalidad de evitar las úlceras por presión que aparecen por estar el paciente apoyando una parte de su cuerpo durante un determinado tiempo en un punto en concreto, cada dos o tres horas se suelen hacer dichas movilizaciones, pero en pacientes

en estados muy graves el tiempo se reduce en ocasiones a cada 15 minutos se realizan dichas movilizaciones.

Las pautas a seguir por parte del celador a la hora de realizar movilizaciones con el fin de evitar futuras lesiones corporales son: Proporcionar una base amplia de apoyo, tener los pies separados, hacer el máximo uso del centro de gravedad sosteniendo el peso lo más cercano al cuerpo posible.

Proteger siempre la espalda: no doblarla nunca de forma errónea, pedir ayuda si es necesaria o usar un medio mecánico para así evitar sobre esfuerzos innecesarios, al igual que colocar el pie correctamente hacia dónde vamos a realizar el giro. El celador en la mayoría de las veces suele realizar dicho trabajo con las auxiliares de enfermería y por ello tiene que tener muy presente, y debe ser consciente que trabaja con personas delicadas, de ahí que deba de ser muy amable y mostrar empatía hacia este tipo de personas para realizar así un servicio de calidad a este tipo de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, pensamos que es muy importante que el celador cuando trabaja en planta de un hospital sepa tener conocimientos sobre las diferentes posturas en que moviliza a los pacientes encamados o bien para realizar la higiene o bien para evitar las úlceras por presión.

El celador debe saber usar destrezas a la hora de hacer su trabajo con dichos pacientes, puesto que muchas lesiones medulares o de espalda suceden a causa del mal uso del cuerpo a la hora de realizar dicho trabajo en planta, sería de gran importancia que el celador usara ayudas mecánicas o bien avisara a otro celador para así evitar dichos esfuerzos en muchas ocasiones innecesarios.

Pensamos también que es muy importante que el celador debe saber de empatizar ante los pacientes de una forma muy cariñosa, saber escucharles y entender sus principales necesidades.

6 Bibliografía

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

Capítulo 449

FACTORES QUE FAVORECEN LA MOTIVACIÓN EN EL TRABAJO DEL CELADOR

VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA

ELOY PIQUERAS GONZALEZ

MARIA DOLORES NOLASCO PEREZ

MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ

JUAN CARLOS CARRILLO GÓMEZ

1 Introducción

La motivación en el trabajo es considerada como el motor de los individuos dentro de una empresa, un conjunto que da lugar a una o varias conductas en las personas con la finalidad de conseguir los objetivos o metas propuestas.

Una vez ya se ha alcanzado los objetivos planteados o cubierto las necesidades, nos volvemos a plantear nuevos objetivos o nuevas necesidades a cubrir. Para ello, nos puede ayudar a conocer las diferentes teorías sobre la motivación laboral, de algunos autores.

Además, conocer qué elementos existen en el entorno de la empresa, de los que depende en mayor o menor nivel de satisfacción, favorece una actitud positiva hacia los trabajadores dentro de la organización.

Los trabajadores tienen un gran valor dentro de la compañía, en este sentido, tener una política de formación bien definida que redonda en la productividad, mejorar en sus conocimientos, incrementar el aumento de sus habilidades y cambios de comportamientos, ayudara a incrementar la ilusión de sentirse satisfecho en el puesto de trabajo.

Es interesante y relevante considerar los diferentes factores que favorecen la motivación de los empleados, un trabajador motivado canalizará su esfuerzo en alcanzar los objetivos de la empresa de una forma eficiente y eficaz. No obstante, hay que tener presente que existen tantas motivaciones como diferentes personas hay. Incluso, en una misma persona, las diferentes motivaciones van evolucionando y cambiando a lo largo de su vida y a lo largo de su trayectoria laboral.

2 Objetivos

- Exponer las principales teorías en relación con la motivación laboral, sobre los diferentes factores motivacionales.
- Conocer las técnicas en la empresa que favorecen la motivación en el entorno laboral.

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. 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 motivación nos lleva a las personas a realizar cualquier tipo de acción, dependiendo de las necesidades y de los fines de estas. A lo largo de la historia, los teóricos de las relaciones laborales han ido desarrollando diferentes teorías: la teoría de la pirámide de Maslow, la teoría de las necesidades aprendidas de David McClelland, la teoría de las expectativas desarrollada por Vroom, la teoría del logro de objetivos de Locke, la teoría de la equidad del psicólogo norteamericano Adams, y algunas más han querido buscar cuáles son los factores que ponen en marcha el mecanismo motivacional.

Es por ello que a continuación se presentan las más relevantes para este trabajo:

La teoría de la pirámide de Maslow, plantea una jerarquía de necesidades y factores que motivan a las personas. Esta jerarquía se configura identificando cinco niveles jerarquizados ordenadas de manera ascendente. Son las siguientes:

- Necesidades fisiológicas: son las necesidades más básicas y están dirigidas hacia la supervivencia de la persona: aire, comida, bebida, refugio, sexo o sueño, protección contra las inclemencias del tiempo, entre otros.
- Necesidad de seguridad: protección contra cualquier riesgo, seguridad, orden, ley, estabilidad en el empleo, entre otros.
- Necesidad de ego o estima: participación afectiva en los equipos de trabajo, responsabilidad o reputación, entre otros.
- Necesidades de autorrealización: éxito profesional, placer del trabajo bien hecho.

Para conocer a una persona, se debe conocer en qué nivel de la pirámide pertenecen sus últimas necesidades cubiertas y presentarle incentivos que cubran las inmediatamente siguientes.

La teoría de las necesidades aprendidas, de David McClelland, indicó que las necesidades humanas se aprenden a partir de las situaciones por las que pasa la persona.

Si llevamos esta teoría al ámbito laboral, nos encontramos que: la persona en que predomine la motivación de filiación, centrará sus expectativas en la inserción en el equipo de trabajo, la persona en que predomine la motivación de poder pretenderá promocionar; y para aquella persona que su motivación sea la de competencia, se centrará en desarrollar un trabajo de alta calidad.

La teoría de las expectativas, desarrollada por Vroom, plantea que el esfuerzo que está dispuesto a efectuar un individuo para conseguir un objetivo, es directamente proporcional a las posibilidades que cree tener de conseguirlo. Es decir, cuanto mayor es el rendimiento esperado, mayor es el esfuerzo realizado.

La teoría del logro de objetivos de Locke, indica que las personas nos planteamos objetivos de forma totalmente consciente y voluntaria, y también las sucesivas metas parciales que se desean alcanzar para lograr un objetivo final. La motivación va aumentando a medida que se va superando las metas parciales que fijamos en un primer momento.

La teoría de la equidad, formulada por Adams, basándose en el principio de comparación social: todos tendemos a comparar esfuerzos que realizamos y recompensas que obtenemos con los esfuerzos y las recompensas de los demás. Si entendemos que las recompensas son acordes con los esfuerzos, percibimos la situación como justa y nos produce satisfacción, situación de equidad.

En caso contrario, percibiremos injusticia y favoritismo, siendo la situación de inequidad poco motivadora.

La motivación juega un papel importante en las personas, para que un individuo realice una tarea deben ocurrir tres requisitos: que el individuo pueda hacerlo, que tenga conocimientos para hacerlo y que quiera hacerlo.

Un individuo se siente plenamente motivado cuando percibe factores motivacionales en el ámbito laboral. Algunas de las principales técnicas son las siguientes:

- Selección de personal por competencias: para encontrar un buen profesional para un puesto de trabajo, además de su currículum, estudios, y experiencia, es necesario valorar su actitud y especialmente las competencias que esa persona tiene para desarrollar el puesto al que opta.

Esas competencias pueden ser habilidades técnicas, actitudes personales o estilos de relación con otras personas.

Cuando el proceso de selección de personal finaliza con éxito, habrá un candidato idóneo a ocupar el puesto de trabajo. Por ello, el trabajador se sentirá bien, reconocido y motivado.

- Plan de acogida para nuevos empleados: la finalidad de este plan es favorecer la integración del empleado, formarlo y motivarlo mediante la integración y la cohesión del equipo de trabajo.

- Políticas salariales: son instrumentos que la empresa puede utilizar para motivar, y suelen ser muy eficaces porque sus efectos son inmediatos.

- Igualdad de oportunidades: establecer un plan de igualdad es muy motivador, ya que mejora la imagen de la empresa, atrae a personal mejor cualificado, incrementando la motivación y rendimiento de los trabajadores de la empresa.

- Medidas de conciliación de la vida laboral y profesional: mejorar las condiciones ofrecidas en el Estatuto de los Trabajadores, como aumentar el tiempo de los per-

misos de maternidad, paternidad o lactancia, mejorar las condiciones de la reducción de la jornada laboral, o la posibilidad de subvencionar guarderías e incluso implantarlas en el lugar de trabajo; son medidas que motivan a los trabajadores, aumentando su satisfacción hacia la empresa.

- La formación continua: la formación de los empleados es un derecho que poseen y que la empresa también puede utilizar como instrumento motivador, mediante el diseño de planes de carrera o sistemas de promoción públicos y no discriminatorios. La formación es de los elementos que más ventajas tiene, porque motiva al empleado mediante su autorrealización, mejora su rendimiento y también mejora el ambiente laboral.

En definitiva, podemos decir que las organizaciones son conscientes de su ventaja competitiva, son los recursos humanos, pues dependen de estos para el correcto funcionamiento de la empresa. Los principios y valores de cada individuo están sufriendo una transformación con respecto a las expectativas de su trabajo, por lo que se convierte en un factor clave, en el desafío para el futuro del departamento de recursos humanos.

5 Discusión-Conclusión

Para determinar las futuras tendencias en motivación laboral es fundamental tener en cuenta la gestión de las necesidades y los objetivos de cada trabajador.

Los retos a los que se enfrenta el mundo empresarial solo pueden ser abordados por personas con un alto nivel de motivación.

Una organización empresarial requiere de una correcta gestión de los recursos humanos, fomentar el reconocimiento y participación entre los empleados, para desempeñar sus puestos y asumir nuevas responsabilidades, aumentando el sentido de pertenencia con la empresa.

A nivel general, aunque los motivos que van a impulsar a actuar a las personas son muy diferentes, dependerán de la situación concreta y la escala de valores de cada uno.

Analizar y buscar la motivación de las personas es muy importante para la realización de cualquier actividad y, en especial, para la realización de las tareas laborales.

6 Bibliografía

1. <https://fotoconsultores.es/causa-y-consecuencias-falta-motivacion-laboral/> por Roseta Torres/ May 10, 2018/blog.desarrollodeequipos.info@fococonsultores.es.
2. Conferencia sobre motivación actitud-Víctor Küppers: El efecto bombilla: La importancia de la actitud. 07 octubre 2022.
- 3. Colegio oficial de Psicólogos de Madrid, España Agut Nieto, Sonia; Carrero Planes, Virginia. Contribuciones al estudio de la motivación laboral: enfoques teóricos desde la dimensión de autoexpresión del ser humano. Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones, vol. 23, núm. 2, 2007, pp.203-225.
4. Clima organizacional en la gestión del cambio para el desarrollo de la organización. AM Segredo Pérez – Revista cubana de salud pública, 2013 –scielo.sld.cu. Por la OPS/OMS: liderazgo, motivación, retribución y participación. Motivación, reciprocidad y participación se corresponde con el instrumento original propuesto por la OPS/OMS.

Capítulo 450

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECRETARÍA DE PLANTA DE MEDICINA INTERNA

EVA ANTÓN SANZ

MARIA SATURNINA GARCIA JAEN

ANA MARIA LUCHA PALOMARES

MARTA HUERTA GARCES

ADELA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

Se mencionan en el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, donde de manera general se establece que los auxiliares administrativos deben ser los encargados de auxiliar en tareas administrativas y asistenciales en los establecimientos de salud, desempeñando funciones de secretaría tanto en planta como en servicios de salud y ocuparse de la preparación y procesamiento de datos informáticos.

Creemos que es fundamental dotar a los auxiliares administrativos del servicio de medicina interna de roles especializados porque sus funciones son muy variadas. En este capítulo hemos optado por hablar de las funciones que desempeñan los auxiliares administrativos en la división de medicina interna.

Se podría decir que el campo de la medicina conocida como medicina interna se centra en el tratamiento de pacientes cuyas enfermedades o patologías afectan a diferentes órganos del cuerpo. Los médicos a cargo son internistas.

La sala de hospitalización es responsable de la atención del paciente cuando este es admitido por necesidad médica. Porque el proceso patológico requiere un seguimiento y cuidados continuos. Es en esta área donde el auxiliar administrativo realiza sus funciones.

El trabajo de auxiliar administrativo de una secretaría hospitalaria es necesario e imprescindible, gracias al trabajo coordinado de muchos profesionales médicos y no médicos.

2 Objetivos

Conocer las funciones del secretario de planta de medicina interna para comprender el papel del asistente administrativo en la industria de la salud.

3 Metodología

Para preparar este capítulo se realizó una investigación que consistió en una revisión bibliográfica sistemática, consulta de artículos e investigación de la literatura científica publicada para explicar el papel de un auxiliar administrativo en las secretarías de planta de medicina interna.

Es fundamental dotar a los auxiliares administrativos del servicio de medicina interna de roles especializados porque sus funciones son muy variadas.

4 Resultados

Las siguientes son funciones del auxiliar administrativo a cargo de la división de medicina interna en la planta:

- Supervisión de los nuevos pacientes inscritos en el servicio de Medicina Interna. Estos se distribuirán entre los internistas disponibles de acuerdo con las instrucciones del jefe de servicio.
- Ofrecer a los familiares y/o amigos del paciente apoyo presencial, telemático y telefónico.
- Ver la consultas de pacientes, lo necesario para controlar el calendario de citas de cada persona, atendiendo a las solicitudes de modificaciones, cancelaciones y reprogramaciones.

- Utilizar las herramientas administrativas del sistema de salud del SESCOAM.
- La aplicación de datos base.
- Los registros digitalizados se entregan posteriormente al servicio de archivo y digitalización del hospital, donde se incorporarán al expediente médico del paciente o, en su caso, se conservarán en papel.
- Elaboración de documentos en respuesta a solicitud de un internista. Cada uno de estos informes, que contienen detalles sobre traslados, muertes y altas de pacientes de un hospital a otro, deben ser revisados. También deberán estar firmados por el intensivista correspondiente o, en su defecto, por el jefe del servicio de la unidad.
- Mantener una lista de turnos y estar al tanto de los cambios de turno. Al final del mes, el registro de turno modificado se enviará al servicio de nómina, donde se utilizará para contabilizar las guardias y calcular su salario.
- Ejecución de pruebas en diversos hospitales.
- Copias fotográficas de documentos.
- Solicitar a la secretaria los útiles que necesita, teniendo en cuenta la pandemia. Entregar las mascarillas a los internistas después de recibirlas y luego devolverlas todo a su lugar.
- Incluir en la sección Historial todos los exámenes, discusiones, análisis, estudios radiológicos y otros tipos de exámenes realizados a cada paciente. Envíe el historial médico al archivo del hospital una vez que el paciente sea dado de alta del hospital.
- Según las instrucciones del intensivista correspondiente o del jefe del servicio, abrir, cerrar y bloquear el horario de cada intensivista para el Servicio de Medicina Interna.

5 Discusión-Conclusión

El papel del asistente administrativo en el sector de la salud es muy importante porque nos permite brindar a los pacientes una atención de alta calidad. La eficacia de la secretaría de servicios es crucial para el buen funcionamiento del departamento de medicina interna de cualquier centro hospitalario.

Incluir en el historial médico todos los exámenes, discusiones, análisis, estudios radiológicos y otros tipos de exámenes realizados a cada paciente es una de las funciones más importantes que tiene el auxiliar administrativo en planta.

Sus deberes parecen sencillos, pero la carga, el orden, la capacidad de desenvolverse bien y la multitud de tareas a las que se enfrenta hacen que su imagen sea indispensable.

6 Bibliografía

- 1.Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario.
- 2.www.google.es

Capítulo 451

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SALUD EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

EVA ANTÓN SANZ

MARIA SATURNINA GARCIA JAEN

ANA MARIA LUCHA PALOMARES

ADELA GARCÍA GARCÍA

MARTA HUERTA GARCES

1 Introducción

El servicio no asistencial denominado Admisión y Documentación Clínica se encarga de facilitar a los usuarios el acceso a la asistencia sanitaria especializada de forma ambulatoria u hospitalaria y la gestión de su historia clínica. El Servicio de Admisión tendrá carácter multidisciplinar.

La unidad encargada de articular la organización, coordinación y priorización de las actividades que se desarrollan en el ámbito de la Atención Primaria y Especializada del área de salud será el servicio de Ingreso y Documentación Clínica en torno a la atención médica, y esto es mantener la eficiencia en el uso de los recursos y la cohesión de la organización hacia el paciente y su proceso de atención, garantizando así el acceso a los beneficios en condiciones de igualdad real.

Será fundamental para una gestión eficaz del sistema sanitario, contar con sistemas de información uniformes, confiables y suficientes que permitan procesos de gestión, creación de indicadores de desempeño y utilización y controles de la demanda asistencial, garantizando al mismo tiempo la seguridad de la información de los pacientes y sus derechos.

Esta estructura está formada por el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

Partiendo de la idea de que la gestión de pacientes es un departamento dentro de las instalaciones hospitalarias encargado de supervisar la evolución de los pacientes a través de los distintos servicios que brinda la Gestión Integrada de Atención, procesar su documentación clínica y controlar la información generada sobre su atención médica, este departamento apoya a los pacientes en gestionar su flujo a través de la instalación.

El área de gestión de pacientes consta de las funciones de admisión para pacientes hospitalizados, urgencias y atención ambulatoria. Los procedimientos de historia clínica y archivo de documentación conforman el área de gestión de documentación clínica. El sistema de información sanitaria se configura como resultado de ambas áreas y productos de ambos procesos (pacientes y documentación).

2 Objetivos

Determinar las responsabilidades principales del auxiliar administrativo dentro del contexto de todos los servicios de admisión y la documentación clínica.

3 Metodología

Para preparar este capítulo se realizó una investigación que consistió en una revisión bibliográfica sistemática, consulta de artículos e investigación de la literatura científica publicada para explicar el papel de un auxiliar administrativo en el servicio de admisión y documentación clínica.

4 Resultados

Las funciones que conllevan la integración de los contactos y movimientos asistenciales de todos los pacientes en el hospital y en su área de atención especializada serán asumidas por el auxiliar administrativo de los Servicios de Salud como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Sus funciones se

centrarán en organizar el uso de recursos y acciones de apoyo a la atención al usuario, modulando y facilitando las tareas asistencia de servicios clínicos.

- Debe desarrollar funciones y responsabilidades dirigidas a: en los diversos ámbitos de atención fundamental, como hospitalización, accidentes y atención ambulatoria.
- Gestión operativa de los procedimientos administrativos de acceso de pacientes y distribución de cuidados, todo ello con el objetivo de garantizar una fácil y rápida accesibilidad a los mismos.
- Coordinar y evaluar el proceso asistencial, preservando la cohesión del sistema sanitario para el paciente y fomentando el uso adecuado y eficaz de los recursos.
- Adquirir datos que permitan al hospital conocer mejor el nivel de demanda y la atención que se presta.

El auxiliar administrativo supervisará los ingresos, traslados y altas del área de hospitalización, así como la actividad de las unidades asistenciales como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

En el área de hospitalización, las funciones del auxiliar administrativo serán:

- Solicitud y programación de ingresos.
- Administración de camas.
- Historia de hospitalización.
- Coordinación del proceso de atención dentro de la organización.

Los expedientes médicos creados en el hospital serán conservados y mantenidos bajo la custodia del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, del cual forma parte el auxiliar administrativo de salud. Es este servicio el que aprueba, ejecuta y mantiene la gestión de los movimientos y préstamos de documentación clínica, asegurando su disponibilidad y asegurando su disponibilidad confidencialidad.

En el archivo de historias clínicas se deberán realizar las siguientes tareas:

- Proteger los registros médicos.
- Enviar y recibir registros médicos.
- Seguimiento de la documentación suministrada.
- Mantenimiento y gestión de la documentación clínica.

5 Discusión-Conclusión

La creación de un manual que ayude a estandarizar las tareas que debe realizar el auxiliar administrativo sanitario dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica y fomente nuevas líneas de actuación en la industria de ad-

misión y documentación clínica será necesaria para la gestión eficaz del proceso de admisión y documentación clínica.

Los datos producidos en la mencionada guía servirán de base para la efectiva formación y distribución de los recursos humanos.

Su uso ayudará a mejorar los recursos actuales estandarizando y unificando los componentes del desempeño profesional.

Cualquier profesional que intente ser riguroso en su trabajo debe inspirarse en la memoria de qué es una buena metodología y cómo debe transmitirse en una época donde los usos y costumbres sociales evolucionan a raíz de las nuevas tecnologías de forma impredecible.

6 Bibliografía

1.<https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 452

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CITACIONES DE UN HOSPITAL

EVA ANTÓN SANZ

MARIA SATURNINA GARCIA JAEN

ANA MARIA LUCHA PALOMARES

ADELA GARCÍA GARCÍA

MARTA HUERTA GARCES

1 Introducción

La atención primaria y especializada son dos categorías dentro del ámbito de los servicios de salud. Una vez que se han agotado las opciones de diagnóstico y terapéutico de atención primaria, se brindarán atención médica especializada y apoyo.

Diferenciamos entre: en atención especializada.

- Especializado de apoyo de consulta para pacientes ambulatorios.
- Tratamiento ambulatorio especializado en el "Hospital Day".
- Asistencia de hospitalización especializada.
- El tratamiento psiquiátrico y de salud mental, tanto en entornos ambulatorios como en hospitales.

Las unidades administrativas de los hospitales tienen un servicio de citas que se encarga de programar y administrar todas las citas y consultas generadas por estos servicios.

Cada unidad de cita en un hospital se dividirá en secciones independientes, cada una de las cuales estará a cargo de programar las consultas iniciales para cada servicio, organizar las agendas para consultas ambulatorias, confirmar citas, etc. Para coordinar los servicios médicos, los procedimientos de diagnóstico y organizar los horarios en un esfuerzo por crear la lista de espera más corta posible, el servicio de citas de un hospital es crucial.

Después de eso, este texto describirá la estructura organizativa del Servicio de Cumplimiento y los deberes que se encuentran bajo él para el Asistente Administrativo.

2 Objetivos

-Explicar las funciones realizadas por el auxiliar administrativo en la emisión de citaciones y explicar estas tareas breves, centrándose en el papel del auxiliar administrativo en este servicio.

3 Metodología

Para preparar este capítulo se realizó una investigación que consistió en una revisión bibliográfica sistemática, consulta de artículos e investigación de la literatura científica publicada para explicar el papel de un auxiliar administrativo en el servicio de citaciones del hospital.

4 Resultados

Hay varias secciones distintas dentro del servicio de citas. Por un lado, hay auxiliares administrativos a cargo de citar pruebas médicas de varias especialidades. Hay otro departamento que no trabaja directamente con los pacientes y está a cargo de tareas como organizar y abrir agendas, avanzar en las citas de los pacientes con oncología, cancelar agendas cuando es necesario, etc. El auxiliar administrativo en el mostrador de consultas ambulatorias tomará la solicitud de pruebas adicionales del paciente y verificará la información personal del paciente, incluido el nombre, la dirección y el número de teléfono. También solicitará la

tarjeta sanitaria individual del paciente, que es el documento oficial que acredita el derecho del paciente a recibir asistencia sanitaria en el servicio sanitario público correspondiente, una vez confirmado.

La información hará referencia a las pruebas enumeradas en la agenda asociada y disipará cualquier inquietud que pueda tener el paciente.

El asistente administrativo también informará a los pacientes que se presenten a una cita, informándoles dónde se realizarán las consultas y ayudándolos tiempo, si es necesario, para dejarse llevar.

El auxiliar administrativo también es responsable de recordarles las próximas citas y darles una copia nueva del volante de citas en caso de que pierdan la primera.

Todas las dudas e inquietudes que le lleguen a través de este canal serán atendidas telefónicamente, y hará todo lo posible para satisfacer todas las solicitudes de los pacientes.

A efectos de planificación, gestión y toma de decisiones, el asistente también proporcionará información sobre la evolución de la demanda y gestión de citas.

En el improbable caso de que estos no se revelen durante la consulta misma, también proporcionará las citas tanto para la consulta inicial como para la de seguimiento.

5 Discusión-Conclusión

Además de coordinar las pruebas médicas con los procedimientos quirúrgicos, el servicio de citas se encarga de cubrir todas las distintas consultas externas del hospital, así como de brindar atención ambulatoria. Para evitar crear tiempos de espera innecesarios y utilizar plenamente todos los recursos médicos, humanos y logísticos disponibles, es imperativo que su funcionamiento sea eficaz, fluido y eficiente.

El trabajo del auxiliar, crucial para el buen funcionamiento y la coordinación de todos los servicios, es crucial a la luz de todos los factores antes mencionados.

Debido a que trabaja muy cerca de los pacientes, el auxiliar administrativo debe tener confianza y buenas habilidades de comunicación.

6 Bibliografía

-De Sanidad, D., Social, B., & Familia, Y. (n.d.). PLAN DE ATENCIÓN AL USUARIO DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES.

Capítulo 453

DESAFÍOS ACTUALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN UN CENTRO HOSPITALARIO

MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES

ALICIA SÁNCHEZ POBLETE

LAURA GARRIDO ORMEÑO

SORAYA NOGALES PIQUERAS

MONICA FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO

1 Introducción

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental en un centro hospitalario y su importancia radica en varias áreas clave. Los auxiliares administrativos son responsables de mantener registros médicos precisos y actualizados. Esto es esencial para garantizar que la información del paciente esté disponible cuando sea necesario y para cumplir con los requisitos de documentación médica. Además, programan citas médicas y pruebas, lo que es crucial para garantizar que los pacientes reciban atención en el momento adecuado. Una programación eficiente puede ayudar a reducir las demoras y mejorar la experiencia del paciente. Y es que la facturación precisa y la gestión de seguros son esenciales para el funcionamiento financiero de un hospital. Los auxiliares administrativos se encargan de procesar facturas, gestionar reclamaciones de seguros y garantizar que los

pacientes comprendan sus responsabilidades financieras. Estos profesionales a menudo son la primera línea de contacto para los pacientes y sus familiares. Brindan información, responden preguntas y ofrecen apoyo en un momento crítico. Una comunicación efectiva puede mejorar la satisfacción del paciente. Los hospitales son lugares complejos con múltiples departamentos y equipos médicos. Los auxiliares administrativos facilitan la comunicación y la coordinación entre estos grupos, asegurando que la atención del paciente sea coherente y eficiente. Los auxiliares administrativos son responsables de garantizar que el hospital cumpla con las regulaciones y normativas de atención médica. También deben mantener la confidencialidad de la información del paciente, lo que es esencial para proteger la privacidad y la seguridad de los datos. Los datos y la información administrativa proporcionada por los auxiliares administrativos son importantes para la toma de decisiones estratégicas en el hospital. Esto incluye la gestión de recursos, la planificación de servicios y la mejora de la eficiencia operativa. Además, estos profesionales contribuyen a la eficiencia general del hospital al realizar tareas administrativas de manera oportuna y precisa. Esto permite que el personal médico se concentre en la atención directa al paciente.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:

1. Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el personal administrativo en cuanto a los desafíos actuales de estos profesionales en un centro hospitalario.
2. Garantizar que el hospital cumpla con las regulaciones y normativas de atención médica.
3. Brindar información, responder preguntas y ofrecer apoyo en un momento crítico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los auxiliares administrativos en un centro hospitalario enfrentan una serie de desafíos actuales debido a la naturaleza cambiante del sector de la salud y las demandas cada vez mayores en la gestión de la administración. Los centros hospitalarios están sujetos a regulaciones y normativas cambiantes que afectan la administración de registros médicos, la facturación, la protección de datos de pacientes y otros aspectos administrativos. Los auxiliares administrativos deben mantenerse actualizados y asegurarse de que el hospital cumple con todas las normativas vigentes.

La adopción de sistemas de información electrónica, registros médicos electrónicos y otras tecnologías de la salud ha aumentado la eficiencia, pero también ha creado desafíos en términos de capacitación y adaptación a nuevas herramientas y plataformas. Además, la administración de un hospital puede ser muy demandante debido al flujo constante de pacientes, la necesidad de programar citas, mantener registros precisos y coordinar con otros departamentos. Los auxiliares administrativos pueden enfrentar presión para mantenerse al día con las tareas y evitar errores que puedan afectar la atención al paciente.

La protección de la información médica y personal de los pacientes es crucial en un entorno hospitalario. Los auxiliares administrativos deben estar capacitados en prácticas de seguridad de datos y mantener la confidencialidad de la información del paciente. Por lo tanto, la coordinación efectiva entre departamentos es esencial para el funcionamiento fluido de un hospital. Los auxiliares administrativos a menudo actúan como intermediarios entre médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, lo que requiere habilidades de comunicación efectiva. Los hospitales a menudo enfrentan restricciones presupuestarias y la necesidad de optimizar los procesos administrativos para mantener costos bajos sin comprometer la calidad de la atención. Los auxiliares administrativos pueden verse desafiados a encontrar formas de hacer más con menos recurso y es que a menudo son la primera línea de contacto para los pacientes y sus familias. Brindar un servicio amable y eficiente a pesar de las tensiones y el volumen de pacientes puede ser un desafío constante.

Es importante mantenerse actualizado en términos de habilidades y conocimientos es esencial para los auxiliares administrativos en el ámbito de la salud. La formación continua y las oportunidades de desarrollo profesional son cruciales para enfrentar los desafíos cambiantes del campo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los auxiliares administrativos en un centro hospitalario enfrentan una serie de desafíos actuales que están relacionados con la complejidad y las demandas cambiantes del entorno de atención médica. Estos desafíos incluyen cambios normativos, la evolución tecnológica, la carga de trabajo y la presión, la seguridad de datos, la comunicación interdepartamental, la presión financiera, la demanda de atención al paciente y el desarrollo profesional.

A pesar de estos desafíos, la importancia de los auxiliares administrativos en un centro hospitalario es innegable, ya que desempeñan un papel crítico en la gestión eficiente de la atención al paciente, la administración financiera y el cumplimiento normativo, contribuyendo así al funcionamiento exitoso y la calidad de la atención en el hospital. Adaptarse a estos desafíos y mantenerse actualizados en términos de habilidades y conocimientos son esenciales para el éxito de los auxiliares administrativos en este entorno en constante evolución.

6 Bibliografía

1. <https://blog.centrodeeelearning.com/administracion-hospitalaria/>
2. <https://revistamedica.com/auxiliares-administrativos-trabajo-hospital/>
3. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-violencia-laboral-hospital/>

Capítulo 454

EL CELADOR Y SUS DIVERSOS COMETIDOS EN LAS PLANTAS HOSPITALARIAS

SARA JUAN GARCIA

JAVIER CRESPO NAVARRO

ANDRÉS PERALTA ALDAVERO

JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE

JESÚS RAMON CABRERA NAVARRO

1 Introducción

Incluyendo personal de enfermería, técnicos auxiliares de enfermería, celadores, etc., las plantas de hospitalización están formadas por un equipo multidisciplinar de trabajo bajo la supervisión de un supervisor. Todos estos equipos seguirán las instrucciones del médico y brindarán a los pacientes atención continua durante el tiempo necesario para que estos se recuperen lo más rápido posible.

El personal de enfermería trabajará en conjunto para garantizar el buen funcionamiento del área porque son una parte crucial del equipo encargado del cuidado y bienestar del paciente. Los celadores les auxiliarán en cualquier tarea que se les asigne, como traslados, movilizaciones, etc.

Otro miembro del equipo multidisciplinario que brinda atención al paciente son los celadores de planta, que en este caso no son profesionales médicos. Deben hacer un buen trabajo para que estos centros funcionen con normalidad.

La función del celador es servir como un profesional multidisciplinario, capaz de realizar una variedad de tareas sin la ayuda de una formación especializada. No hay muchos trabajos específicos sobre el tema y no está claro cómo los celadores llevaron a cabo sus funciones por primera vez en los centros de salud. Además de tener la formación necesaria, el celador también debe ser empático y comprensivo con los pacientes para que se sientan comprendidos y en general satisfechos con la atención recibida.

2 Objetivos

- Explicar el papel fundamental que el celador de planta realiza y ensalzar la importancia de sus funciones en esta y en el centro sanitario en general.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los deberes del celador de planta del hospital incluyen los siguientes cometidos: El celador es un miembro crucial de cualquier equipo de trabajo en las diferentes plantas del hospital, ayudando con las movilizaciones y traslados de pacientes necesarios, además de estar a cargo de mover muebles como sillas de ruedas, camas, equipos médicos, camillas, máquinas de rayos X portátiles, entre otros. Él se encargará de enviar muestras y mensajes tan pronto como le sea posible. Cuando el paciente llegue por primera vez, el celador lo trasladará, lo instalará en su habitación y ayudará a los técnicos a brindarle cuidados auxiliares, como cambiarle la ropa, limpiar el área y colocar la ropa de cama u otros artículos necesarios.

Es el encargado de trasladar a los pacientes a otros departamentos que haya especificado el personal médico correspondiente, cumpliendo sus directivas.

También, es el encargado de tratar las herramientas y materiales con cuidado para evitar daños. Con el fin de evitar que los pacientes y sus acompañantes hagan un mal uso de los recursos de la institución, velará por su adecuada conservación. Será el responsable de gestionar el acceso de los visitantes. Explicará a los visitantes las normas para permanecer en las instalaciones, y si fuera el caso, le indicará la salida con buenos modos y cortesía.

Excepcionalmente, realizarán las tareas de limpieza que les sean asignadas en función de sus propias circunstancias, ubicación, dificultades de manipulación, peso de los elementos a limpiar o peso.

Bajo la supervisión de la enfermera, moverá el cilindro de oxígeno al lado de la cama.

Ayudará a los técnicos de cuidados asistidos con el sudario y será el encargado de acompañarles hasta el tanatorio.

Nos hemos concentrado en las tareas más típicas que cumple el celador. Como cualidades personales para desarrollar este trabajo destacan las siguientes: empatía, tolerancia y habilidades interpersonales.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del celador en las plantas del centro hospitalario es muy importante. Sus funciones son variadas y abarcan múltiples campos, ya que pertenece a un equipo multidisciplinar.

Traslado de documentación, movilización de pacientes, colaboración con otros compañeros en diferentes tareas, tal y como se ha especificado, hacen de este profesional no sanitario una pieza clave en el funcionamiento de los centros hospitalarios. También se ocuparán de mover y colocar diferentes aparatos médicos y mobiliarios de diferentes características.

Actualmente, se empieza a reconocer la figura del celador, que hace un tiempo no estaba bien definida y transmitía una imagen de poca profesionalidad.

6 Bibliografía

<https://congresosicepa.com/plantas-hospitalizacion/>

Capítulo 455

EL CELADOR EN SU FUNCION DE VIGILANCIA DE LAS DEPENDENCIAS DEL CENTRO HOSPITALARIO

PAULA LÓPEZ GARCÍA

ANTONIO GARCIA ANDUJAR

RAIMUNDO GOMEZ IZQUIERDO

JOSE MARIA ROYO LOPEZ

ANTONIO LARA CARRASCO

1 Introducción

El término de la palabra celador tiene como significado, persona que cela, es decir, que guarda y vigila en alguna circunstancia y en un contexto determinado. Esta acepción de la palabra celador, está recogida, en las funciones que el estatuto de personal no sanitario, desarrollado, por la orden de 1971, redacta que una de las referidas funciones del celador es la vigilancia de todas las dependencias hospitalarias.

Es esta función asignada al celador, una función obsoleta en cierto modo, ya que la labor de vigilancia en los centros hospitalarios, queda relegada, actualmente, al servicio de seguridad privada, que es la encargada de esta misión, en gran parte, porque existen otras dependencias, donde el vigilante de seguridad, no ejerce tal característica.

Entre estas dependencias se encuentran las unidades hospitalarias, las diversas puertas de acceso al centro hospitalario, las salas de espera de consultas y pruebas complementarias, entre otras, que son objeto de la vigilancia del celador en su acceso solo por personal autorizado, por familiares o por cualquier otra incidencia digna de observar.

En esta labor del celador, también, está incluida la de procurar que los pacientes y familiares, hagan un uso correcto, de los bienes del centro, así, como la comunicación a sus superiores de cualquier anomalía o desperfecto que observen en las estructuras, medios de transporte o aparatos utilizados en la asistencia al paciente.

2 Objetivos

- Explicar la función de vigilancia del celador indexada en su estatuto de personal no sanitario.
- Describir ubicaciones y circunstancias donde la labor de vigilancia del celador se pone en práctica.

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, como vigía, de las dependencias y locales del centro hospitalario, es consecuente con sus actuaciones. En las unidades hospitalarias, el celador, destinado en las mismas, además de las funciones específicas que tiene que realizar en las mismas, como aseos de pacientes, traslados de pacientes a pruebas complementarias o traslados de muestras biológicas, documentación sanitaria, lencería, carros de unidosis, etc..., también debe vigilar el acceso de la unidad, y dejar pasar, solamente, a los familiares que tengan autorizado estar con el paciente. En esta vigilancia, también se incluye, el aviso a su superior, en este caso, puede ser su

jefe de personal de enfermería, al servicio de seguridad privada o al supervisor de la unidad, de cualquier persona sospechosa o que porte algún objeto suspicaz de provocar alarma. Son frecuentes los robos en las unidades de los pacientes, sobretodo, de dinero y de aparatos móviles.

En los accesos hospitalarios, la puerta principal y la puerta de urgencias, los celadores que trabajan en estos puestos, deben observar y dejar pasar a las personas que tengan autorización para ello, en urgencias, a los pacientes y acompañantes, uno por cada paciente, y en la puerta principal, a los familiares con la autorización de acompañamiento.

El celador de puerta observará además, que la persona que entra, no lleve ningún tipo de alimento ni bebida alguna, prohibiendo el paso a todo aquel que se presente con estas mercancías.

En las salas de espera de pacientes y familiares, de las consultas o de las pruebas diagnósticas y complementarias, el celador, destinado consultas o en dichas pruebas, debe procurar que se guarde el silencio debido en estos espacios, así como que no se formen corrillos de personas en los pasillos que dificulten el tránsito de pacientes y usuarios.

5 Discusión-Conclusión

El celador como profesional que vela por la vigilancia del centro hospitalario, del debido decoro y estar en las salas de espera, así como en la entrada de personas autorizadas para ello, tiene que ser respetuoso a la hora de indicar al usuario que guarde el debido silencio o compostura. En esta cuestión, ha de tener sumo cuidado, y observar todos los indicadores que permiten el paso o no al centro hospitalario.

Hoy en día, esta labor, asumida, casi en su totalidad, por el servicio de vigilancia de seguridad privada, está relegada a ciertas ubicaciones y servicios, y se ciñe solo a la indicación y la invitación del celador a la prohibición de guardar silencio, de la entrada o del buen uso de los enseres hospitalarios.

6 Bibliografía

1. Funciones de vigilancia del celador. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. El celador. Su papel fundamental en la guarda y vigilancia del centro hospitalario. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 456

ACTUACIÓN DEL CELADOR DE QUIRÓFANO EN UNA CESÁREA URGENTE

PAULA LÓPEZ GARCÍA

ANTONIO GARCIA ANDUJAR

RAIMUNDO GOMEZ IZQUIERDO

JOSE MARIA ROYO LOPEZ

ANTONIO LARA CARRASCO

1 Introducción

Normalmente, los pródromos del parto se producen a las cuarenta semanas del embarazo, considerándose un embarazo a término. Las contracciones en la mujer embarazada es indicio inminente que el feto está a punto de salir del útero de la madre.

En el servicio de paritorio, con la mujer embarazada en la sala de dilatación, la matrona controla con las cintas de los monitores, el estado del feto, latidos, pulso, entre otros parámetros, que denotan que el parto se está produciendo con normalidad, y no hay sufrimiento fetal ni riesgo para la madre.

Pero en un momento dado, se refleja en los monitores que el feto está sufriendo bradicardia, es decir, una disminución en los latidos del corazón del feto, y por consiguiente un bombeo inferior de la sangre en su pequeño organismo. Si esta

bradicardia persiste, el feto puede morir, y hay que poner en marcha una cesárea urgente, es decir, una intervención a través del abdomen de la madre, por medio de una incisión, hasta llegar al útero y poder extraer al bebé.

Entonces, en este momento, se activa el protocolo de urgencia del quirófano de paritorio, llamando al ginecólogo que esté de guardia, y al personal de quirófano que interviene en la operación quirúrgica, anestesista, enfermera, auxiliar de enfermería y celador.

2 Objetivos

- Explicar qué es y por qué se produce la intervención quirúrgica de una cesárea urgente.
- Conocer las actuaciones del celador de quirófano en la intervención de una cesárea urgente.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se han obtenido datos científicos teniendo en cuenta numerosas lecturas científicas y técnicas en diferentes y contrastadas fuentes y recursos bibliográficos, así como en la obtención de información de diversas lecturas. Para ello, se ha tenido en cuenta buscadores como Cochrane, Medline, Google Académico.

4 Resultados

El protocolo para poner en marcha el quirófano de paritorio es vital, tanto para salvaguardar la vida de la embarazada y para la del bebé que está en camino. Con las llamadas de aviso, al personal que interviene en la cesárea urgente, comienza una serie de actuaciones que son las siguientes.

El ginecólogo de guardia acude inmediatamente al paritorio y se coloca la vestimenta adecuada para la intervención, guantes estériles, chaleco y pantalón de color verde, calzas, gorro y mascarilla, mientras espera en el quirófano que el auxiliar de enfermería del paritorio ya ha preparado, encendiendo las luces y poniendo la cuna térmica enchufada.

El celador de quirófano se dirige a la sala de dilatación y desenchufa la cama de la misma, así como todos los artilugios, cintas de dilatación, y otros objetos, para dejar la cama lo más libre posible. Con la cama y la paciente, el celador,

se dirige hasta el quirófano a toda prisa, donde le están esperando el equipo de intervención, ginecólogo, anestesista, auxiliar de enfermería y la enfermera instrumentista, que ha sido la encargada de preparar la mesa de mayo estéril con todo el material necesario, pinzas, bisturí, gasas, guantes estériles, kocher, tijeras, etc.

El celador coloca la cama en posición paralela a la mesa del quirófano, con la colaboración de todo el equipo se procede al traslado de la mujer embarazada hasta la misma por el sistema de arrastre. El celador coloca a la mujer en posición de decúbito supino, y el ginecólogo en coordinación con el anestesista procede a realizar la incisión horizontal por debajo del ombligo, para sacar sano y salvo al bebe.

El celador mientras se produce la intervención permanece en todo momento en el antequirófano, por si fuese necesaria su colaboración para la movilización de la paciente. Una vez extraído el bebe, el auxiliar de enfermería, lo transfiere a la cuna térmica, y el celador se lo lleva, junto al personal sanitario, hasta la sala de lavado y pesado de los bebés, donde espera el pediatra que explorará al niño.

El celador de quirófano ya ha transferido a la reciente madre, desde la mesa de operaciones hasta su cama, y la traslada al servicio de reanimación, donde se recuperará de la cesárea realizada.

5 Discusión-Conclusión

Las cesáreas urgentes nos suelen ser muy corrientes de realizar, el seguimiento de la mujer embarazada durante todo el embarazo, hace posible que la cesárea, en la mayoría de los casos, sea programada. Porque también existen las cesáreas urgentes y estos casos, tanto el equipo de personal del servicio de paritorio, como el personal del servicio de quirófano, deben estar totalmente en coordinación en el caso de producirse.

En este caso, la labor del celador es muy importante, la no demora en el traslado de la mujer embarazada hasta el quirófano, esos segundos, pueden suponer que el porcentaje del éxito de la cesárea sea mayor, aumentando las posibilidades de éxito de salvar las dos vidas que están en un hilo.

6 Bibliografía

1. Las actuaciones del celador en las intervenciones de cesárea. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. El celador en el servicio de paritorio. Disponible en: <https://revistamedica.com>

3. Parto y cesárea humanizada. Disponible en: <https://www.quironsalud.com>

Capítulo 457

TRASLADO DE MATERIALES Y APARATOS POR EL CELADOR DENTRO DEL SERVICIO DE HEMODIALISIS

PAULA LÓPEZ GARCÍA

ANTONIO GARCIA ANDUJAR

RAIMUNDO GOMEZ IZQUIERDO

JOSE MARIA ROYO LOPEZ

ANTONIO LARA CARRASCO

1 Introducción

En el servicio de hemodiálisis acuden diariamente los pacientes que necesitan limpiar su sangre por la ausencia de alguno de sus riñones o porqué el funcionamiento de los mismos no es normal. En estos ciclos de limpieza del líquido sanguíneo se necesitan máquinas de hemodiálisis, dializadores y líquidos, y un circuito cerrado y propio de descalcificación del agua corriente.

El funcionamiento de un ciclo se puede entender por fases. Llega el paciente y se le coloca en un sillón o cama del servicio, donde se le engancha, a través de un catéter central arterial a una máquina artificial que bombea la sangre y la hace pasar a través del dializador, donde se limpia la sangre, para volverla a introducir

en el paciente. En este proceso, se necesita agua que proviene de un circuito propio y descalcificada, por medio de sal especial, porque el agua debe ser lo más pura posible.

Existen varios tipos de máquinas, dializadores y aguas complementarias con calcio, cada una de ellas, ajustadas a las necesidades del paciente o la tolerancia que tenga, es decir, un tipo de máquina puede ser conveniente para un paciente y no para otro, y lo mismo ocurre con los dializadores y las aguas tratadas.

El ritmo de bombeo de las máquinas es distinto, según su clase y tipo, y el filtrado de la sangre en los dializadores, del mismo modo, por lo que hay que realizar la prueba inicialmente en cada paciente cuando se comienza el ciclo de hemodiálisis.

En estas circunstancias el celador del servicio realiza muchos cambios, traslados, repone y cambia, tanto el aparato, como los materiales, y esta labor es la que se va a desarrollar en este capítulo.

2 Objetivos

- Describir las máquinas y materiales que se necesita para un ciclo de hemodiálisis.
- Conocer las funciones que el celador de hemodiálisis realiza en los cambios, traslados y colocación de las máquinas y materiales en el ciclo de hemodiálisis.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

El celador de hemodiálisis ya tiene el listado de la programación de los pacientes en cada ciclo de hemodiálisis, y sabe, porque está anotado en el mismo, el tipo de máquina, la clase de dializador y las aguas que necesita cada paciente. Las máquinas están en la sala de lavado, porque, después de cada paciente, el celador traslada una a una a esta sala, llenando el depósito de lavado de una solución

sulfurosa, y enchufando la maquina a la corriente eléctrica, por un lado, y la manguera de salida al desagüe, para ponerla en modo limpieza.

Una vez ha terminado el proceso de lavado, el celador, traslada las maquinas a la zona de limpio, donde clasifica las máquinas por marca comercial, Fresenius, Baxter, Braun, porque cada una de ellas se adapta mejor a cada uno de los pacientes.

En cada puesto del servicio de hemodiálisis, el celador, transporta y coloca la máquina conveniente al paciente, enchufando la misma a la toma eléctrica, y adaptando la toma de agua y el desagüe a las tomas de la pared. En estos momentos también, coloca los filtros o dializadores que lleva cada paciente encima de la máquina, para que el personal sanitario, los coloque en su ubicación.

Los líquidos o aguas calcificadas, necesarias, en cada una de las máquinas, el celador las transporta desde el almacén hasta cada uno de los puestos, líquidos que son ajustados a cada paciente y a cada máquina, A5, A12, son algunos de los líquidos en garrafas que se necesitan para las máquinas.

En algún momento del ciclo, puede darse la circunstancia, que algún paciente se encuentre mal, entonces hay que cambiar la máquina rápidamente, por otra que se adapte mejor al mismo. El celador desenchufa la máquina, y coloca en su lugar la indicada por el personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En la conclusión de este capítulo se puede reseñar la importancia e interés que muestra el celador del servicio en la rapidez y eficiencia en los traslados y cambios de las máquinas que los pacientes necesitan en cada ciclo de hemodiálisis, resaltando su conocimiento de los tipos de las mismas, así como de las clases de dializadores y aguas, que cada uno de los puestos necesita.

Es importante el conocimiento de todos estos aparatos y materiales, porque, una equivocación en alguno de ellos, supondría que el paciente pudiera entrar en un paro cardiaco, que son frecuentes en los ciclos de hemodiálisis. No hay más que hacerse la idea de lo que es un ciclo, sacar toda la sangre del organismo y volverla a introducir y de los peligros y cuidados que debe llevar el proceso.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en diálisis. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Funciones generales del celador en la unidad de diálisis. Disponible en: <https://celadoresonline.blogspot.com>

3. Hemodiálisis y diálisis peritoneal. Disponible en: <https://fundacionrenal.com>

Capítulo 458

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA

MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-HORNEROS

CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO

LAURA ALBERCA CARRAMOLINO

1 Introducción

Existen listas de espera quirúrgica dentro de un centro hospitalario para realizar una intervención en quirófano, la cual no se considera prioritaria porque las intervenciones urgentes pasan por diferentes tipos de procesos. Según la patología que padecen los pacientes que no responden a los tratamientos conservadores se crean listas de espera.

Dado que un aumento de recursos muchas veces no es una solución a este problema, la gestión de las listas de espera quirúrgicas por parte del auxiliar administrativo sirve como base para facilitar su reducción.

El auxiliar administrativo debe respetar y desarrollar criterios específicos para incluir a estos pacientes de manera científica, basada en la bioética y la efectividad

de los recursos de salud que van a utilizar, para gestionar el cuadro quirúrgico de la especialidad médica que utiliza. Al hacer una oferta a un paciente, es importante ser sincero acerca de la gravedad, el rango de posibilidades de mejora y el contexto social, el paciente, que es la piedra angular de la rehabilitación, potenciará la mejora en la reducción de la lista de espera.

El auxiliar administrativo debe considerar factores como la distribución y la prioridad.

La auxiliar administrativa del centro de salud elige qué pacientes necesitan estar preparados para la cirugía y los mete en una "bolsa de pacientes listos para la cirugía", que les dará acceso a las citas programadas, evaluar la necesidad de anestesia y de investigación preoperatoria.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer cómo el auxiliar administrativo gestiona la lista de espera quirúrgica y comprender cómo funciona la lista de espera quirúrgica.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada. Las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, también se han utilizado para consultar artículos además de realizar una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

Las funciones del auxiliar administrativo en la gestión de la lista de espera quirúrgica, también conocida como LEQ, son las siguientes:

- Realizar la inclusión administrativa en lista espera quirúrgica, siendo responsable de cumplir con los requisitos para el registro de pacientes.
- La tramitación administrativa de todos y cada uno de los puntos que están previstos en la Ley de Garantía de Demora.
- La tramitación administrativa de todo lo previsto en la Ley de Garantía de Demora.
- La administración semanal de las intervenciones programadas de los servicios quirúrgicos.

- Organizar de quirófanos designados.
 - Desarrolla información de planificación, gestión y toma de decisiones relacionada con lista espera para su distribución a la dirección del centro, servicios quirúrgicos de quirófano, etc.
 - Encargado de mantener actualizados los datos clínicos proporcionados por los pacientes y garantizar que los pacientes incluidos en lista de espera reciban un seguimiento adecuado.
 - Gestión de traslado de pacientes a otras instalaciones.
 - Explicar a los pacientes las circunstancias que rodean la lista de espera. Las prioridades para una indicación quirúrgica son:
 - 1-Los pacientes con tratamiento quirúrgico que no puede retrasarse más de 30 días bajo prioridad, uno son aquellos cuya cirugía es programable.
 - 2-Los pacientes con prioridad 2 son aquellos cuyas circunstancias clínicas o sociales permiten un retraso relativo y en quienes se recomienda la intervención dentro de los 90 días o menos.
 - 3-Se consideran de prioridad 3 aquellos pacientes con patologías que permitan retrasar el tratamiento por no dejar secuelas significativas.
- Esta área no incluye las intervenciones quirúrgicas urgentes, las intervenciones quirúrgicas de trasplante de órganos, cuya eficacia dependerá de la disponibilidad de los órganos, ni las intervenciones quirúrgicas realizadas en situaciones de emergencia de un paciente.

5 Discusión-Conclusión

Cuando hay una mayor demanda de un servicio en particular que su oferta inmediata, se desarrollan listas de espera. Por lo tanto, es fundamental lograr un equilibrio entre una administración eficaz y la planificación de la demanda.

En este sentido, se debe instruir a todo el personal administrativo para que gestione la agenda del paciente, estableciendo prioridades y considerando qué tareas son urgentes, preferibles y aplazables.

Desde el registro del paciente hasta la necesidad de la intervención quirúrgica, el seguimiento administrativo axilar es fundamental, teniendo en cuenta los criterios de prioridad y de acuerdo con las necesidades reales del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003->

Capítulo 459

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y COMO TRABAJA EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SESCOAM

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA

MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-
HORNOS

LAURA ALBERCA CARRAMOLINO

CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO

1 Introducción

En los centros de salud, el auxiliar administrativo juega un papel crucial en la atención y comunicación del paciente, así como en el desempeño de tareas relacionadas con el trabajo y con el paciente.

Antes del año 1986, para brindar atención médica, se establecieron clínicas, donde se brindaba medicina general y pediatría. También se establecieron ambulatorios, donde se brindaba atención médica especializada sin hospitalización, y cuando se requería ingreso, el paciente era remitido a hospitales.

Sin embargo, hasta la llegada de la Ley 14/1986 General de Sanidad, que distinguía entre atención primaria y atención especializada, en 1986 se produjo una importante división entre medicina tradicional y hospitalaria de repente.

Debido a que el sistema distingue entre estos dos tipos de atención, se fomenta la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, lo que reduce los costos de salud al evitar el acceso directo al hospital.

En consecuencia, el equipo de atención primaria desarrollará funciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, asistencia, rehabilitación, investigación y docencia en coordinación con la atención especializada, de acuerdo con las normas que establezcan los órganos superiores del Sistema de Salud de Castilla la Mancha, según Ley 8/2000, de Regulación Sanitaria.

2 Objetivos

Describir las responsabilidades del auxiliar administrativo a cargo de la atención primaria en los centros de salud y resaltar su importancia.

3 Metodología

Para preparar este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de libros y artículos, consultando las principales bases de datos y realizando una gran selección de artículos científicos de varias publicaciones académicas revisadas por pares y a partir de fuentes legales.

4 Resultados

El nivel de acceso regular al sistema sanitario por parte del público en general es la atención primaria. Los equipos de atención primaria tienen como ubicación física primaria el centro de salud y su ámbito territorial de actuación es el área básica de salud.

Cuando no exista una clínica local, estos centros de salud en las zonas rurales estarán formados por clínicas locales de varios municipios u otras instalaciones singulares. De no ser así, no habría asistencia sanitaria suficiente para cubrir las necesidades sanitarias de la población, por lo que los equipos de atención primaria se trasladan para desempeñar sus funciones en estas estructuras físicas.

El equipo de atención primaria está formado por médicos generales y pediatras, enfermeras y auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, farmacéuticos y veterinarios, así como todo el personal no sanitario necesario para realizar tareas administrativas, tomar avisos, recibir información, etc.

Los ancianos suelen ser los pacientes que más visitan los centros de salud; como resultado, frecuentan las instalaciones a diario. Esta población suele estar sola e incluso puede asistir con frecuencia para establecer contacto con la gente y sentirse escuchada.

El equipo de personal administrativo será el primero que atienda a los pacientes al entrar al edificio. Por lo tanto, es fundamental que este personal apoye a este grupo de personas, trabaje para aumentar su autoestima y les ayude a afrontar sus problemas de salud con más optimismo.

Las personas en estas posiciones no siempre poseen la cualidad de la empatía, por lo que cuando nos encontramos con alguien que la posee, nos hace continuar el día con una sonrisa, algo que muchos de nuestros seres queridos mayores necesitan urgentemente.

Para desempeñar un puesto que requiera interacción con el público, especialmente en el ámbito sanitario, se debe exigir un cierto nivel de adaptación al puesto en términos de buenas maneras y correcta formación en determinados aspectos. Debido a que el personal administrativo es quien debe realizar los trámites y estos trámites no siempre se pueden realizar de la manera que el paciente quisiera, hay ocasiones en las que el paciente por su situación personal no se comporta adecuadamente en frente al personal. Esto sugiere que el paciente se encuentra en una situación incómoda y que está pagando por ello utilizando dicho personal.

Por lo tanto, el personal de la función administrativa debe poseer un nivel suficiente de resistencia para evitar una situación incontrolable. Los pacientes solo tienen un número limitado de opciones en la situación en la que nos encontramos actualmente debido al Covid-19.

5 Discusión-Conclusión

La autoestima de estas personas se ve reforzada como resultado de las interacciones de estos profesionales con los pacientes que visitan el centro de salud, así como su sentimiento de ser amados y sobre todo apoyados. Para mejorar la calidad de la atención sanitaria en este ámbito de la vida, el auxiliar administrativo cultiva la comunicación y las habilidades afectivas relacionadas con el paciente. El personal que desconozca la importancia de esta actividad debe ponerse en el lugar de los demás porque algún día podrían ser ellos los que no estén de acuerdo con el punto de vista desarrollado durante este estudio.

6 Bibliografía

1. Ley 8/2000 Ordenación sanitaria en Castilla La Mancha.

Capítulo 460

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SISTEMA SANITARIO

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-HORNEROS

LAURA ALBERCA CARRAMOLINO

CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO

AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA

1 Introducción

Todos hemos utilizado en algún momento un sistema de salud, ya sea público o privado. Para recibir la atención adecuada, debemos revelar información personal y rutinas diarias como fumar, beber y consumir drogas, etc.).

Las pruebas se realizan cuando es necesario y los resultados se registran en nuestro historial médico junto con cualquier procedimiento quirúrgico que hayamos tenido y cualquier observación que haya hecho el médico.

Entre las múltiples funciones de los auxiliares administrativos que laboran en los sistemas de salud se encuentran la recolección de datos, la transcripción a soporte digital y la consulta para el adecuado ejercicio de sus tareas. ¿Quién puede

ver toda esa información? ¿Cómo se protege su acceso? ¿Cómo se previene su propagación?

Según la normativa, la información personal relativa a un usuario del sistema sanitario se presume protegida, por lo que debe protegerse (art. 9 RGPD). El tratamiento de estos datos es tan crucial que la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) publicó a finales de 2019 una “Guía para pacientes y usuarios sanitarios” para concienciar al usuario al respecto.

Podemos concluir que, en general, no acceden a los historiales médicos de los pacientes a menos que así lo requiera su puesto de trabajo y que sus acciones dependen enteramente del lugar donde trabajan.

2 Objetivos

Explicar la importancia de la labor del auxiliar administrativo en el proceso de custodia de la información para la prestación de servicios de salud de acuerdo con la Ley de Protección de Datos.

3 Metodología

Se utilizó el buscador “Google Académica” para realizar una revisión teórica para abordar este objetivo. La búsqueda se limitó a las fechas 2019-2022 y se combinaron los siguientes descriptores: asistente administrativo, dirección, ley de protección de datos, datos sensibles, hospital y recursos.

A través de estos temas se descubrieron varios documentos, que fueron separados de la siguiente manera: solo se consideraron para el análisis trabajos de tipo papel.

4 Resultados

Según el Reglamento 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), relativo a la protección de datos, los datos de salud son una categoría especial de datos e incluyen:

- Información sobre afiliación e identificación en la industria de la salud.
- Información sobre el estado de nuestra salud física y mental en cada momento.
- El código único que se nos proporciona para nuestra atención (por ejemplo, número de registro médico).
- Todos y cada uno de los datos obtenidos de exámenes médicos de cualquier

tipo (por ejemplo, procedimientos quirúrgicos (por ejemplo, tomografías computarizadas, análisis de muestras, descripciones genéticas).

- Información sobre la historia de tu familia, tu condición, tu riesgo de contraer enfermedades en el futuro, los procedimientos y tratamientos que has tenido, etc. Los auxiliares administrativos siempre recopilan y registran información de identificación, ya sea durante el primer registro requerido después del nacimiento de un niño, como resultado de traslados de hogar que requieren un cambio de proveedor de atención primaria, o incluso en el caso de personas que nunca han visitado un hospital y requieren la creación y asignación de un código de identificación en el centro, pueden ser tratados.

El "historial médico" contiene información sobre el estado de salud actual. Es un expediente personal que contiene toda la información generada por los distintos episodios de salud y fue proporcionado por cada profesional que nos ayudó. Cada día que visita un miembro del personal médico queda anotado en el historial, incluso durante la estancia hospitalaria.

Su objetivo es dar una imagen integral de nuestra salud a cualquier profesional que deba atendernos y conocer el bagaje profesional. El profesional médico que trata al paciente registra el historial médico del paciente. Ya ha habido algunos casos raros en los que se le ha pedido a un auxiliar administrativo que escriba las historias.

Aunque la historia clínica familiar todavía existe en papel en los centros de atención primaria, donde cada familia conviviente tiene un número designado y allí se guardan las notas y pruebas médicas, actualmente la mayoría de los hospitales gestionan este tipo de documentación en formato digital. Información adicional que puede ser consultada por el médico, como la proporcionada por los pacientes. El acceso a estos datos digitales de los pacientes solo es posible a través de programas informáticos muy especializados e intrincados, donde los usuarios deben ingresar contraseñas personales para verificar su identidad.

5 Discusión-Conclusión

En un sistema de salud, las responsabilidades del asistente administrativo son cruciales para el crecimiento del trabajo de los profesionales de la salud. Podemos referirnos a ellos como su brazo ejecutor cuando se trata de asuntos administrativos que son cruciales para el correcto funcionamiento de los sistemas de salud. Como resultado, quienes realizan ese tipo de trabajo de "oficina" están sujetos a todas las regulaciones que se aplican a los proveedores de atención médica con respecto a la protección de la información de salud del paciente.

Existe legislación que cubre casi todos los escenarios y define el incumplimiento para ayudar a proteger los datos confidenciales.

Para facilitar a los profesionales el cumplimiento de la ley, también se establecen normas de seguridad en cuanto al almacenamiento de la información, el acceso a la misma y la identificación de quienes la manejan.

Por ello, sería ideal que los profesionales administrativos también pudieran recibir una breve formación sobre ética profesional, similar a un breve código de ética, para que puedan actuar desde el principio según una norma única.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 461

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EFECTIVA EN LA ADMINISTRACIÓN DEL HOSPITAL

LAURA GARRIDO ORMEÑO

SORAYA NOGALES PIQUERAS

ALICIA SÁNCHEZ POBLETE

MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES

MONICA FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO

1 Introducción

La comunicación efectiva desempeña un papel crucial en la administración hospitalaria debido a su impacto en varios aspectos clave de la gestión y la atención al paciente. Algunas razones por las cuales la comunicación efectiva es de vital importancia en la administración hospitalaria son la coordinación del personal y la seguridad del paciente. Los hospitales son equipos multidisciplinarios que incluyen médicos, enfermeras, técnicos, administradores y otros profesionales de la salud. Una comunicación eficaz garantiza que todos los miembros del equipo estén al tanto de los procedimientos, tratamientos y cambios en el estado del paciente, lo que contribuye a una atención integral y coordinada. Además, la comunicación inadecuada o deficiente entre el personal de atención médica puede

dar lugar a errores médicos y riesgos para la seguridad del paciente. Una comunicación efectiva reduce la posibilidad de malentendidos, confusiones y omisiones que podrían afectar la salud y el bienestar de los pacientes (1).

En situaciones de emergencia o crisis, como un desastre natural o una pandemia, la comunicación efectiva es esencial para coordinar la respuesta y garantizar que todos los recursos estén disponibles y se utilicen de manera eficiente para abordar la situación. Además, los hospitales están sujetos a una variedad de regulaciones y normativas, tanto en términos de atención médica como de gestión administrativa. La comunicación efectiva es crucial para garantizar que el hospital cumpla con todas las regulaciones y que se documente adecuadamente para fines de auditoría y cumplimiento.

Una comunicación clara y compasiva con los pacientes y sus familias contribuye en gran medida a la satisfacción del paciente. Cuando los pacientes entienden sus diagnósticos, tratamientos y opciones, se sienten más empoderados y confiados en su atención, lo que puede mejorar su experiencia en el hospital.

2 Objetivos

1. Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el personal administrativo con respecto a la importancia de la comunicación efectiva en la administración hospitalaria.
2. Garantizar que todos los miembros del equipo estén al tanto de los procedimientos.
3. Reducir la posibilidad de malentendidos, confusiones y omisiones.

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 gestión hospitalaria es de gran importancia, ya que desempeña diversas funciones cruciales para el funcionamiento eficiente de un hospital. La comunicación efectiva es un elemento esencial en esta función, y a continuación, se destacará su relevancia en la administración hospitalaria. Los hospitales son organizaciones complejas que constan de varios departamentos, como el de atención médica, el administrativo, el de recursos humanos y el de contabilidad, entre otros. Los auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial en la coordinación de actividades entre estos departamentos, asegurándose de que la información y las instrucciones se transmitan de manera efectiva (2).

Los auxiliares administrativos a menudo son la primera línea de contacto para los pacientes y sus familias. La comunicación efectiva en esta etapa es fundamental para brindar un servicio de calidad, garantizar la comprensión de los procedimientos y los derechos del paciente, y mantener un ambiente hospitalario acogedor y compasivo. La comunicación efectiva entre el personal interno del hospital es esencial para garantizar una atención de calidad y la seguridad del paciente. Los auxiliares administrativos pueden ayudar a transmitir información importante, políticas y procedimientos, y promover una cultura de comunicación abierta y colaboración entre el personal médico, de enfermería y administrativo. Los hospitales manejan una gran cantidad de información y documentación, desde historias clínicas hasta registros financieros. La comunicación precisa y eficaz es necesaria para garantizar la integridad y confidencialidad de estos registros, así como para cumplir con los requisitos legales y regulaciones relacionadas con la atención médica. Además, los auxiliares administrativos también desempeñan un papel importante en la satisfacción del cliente. La comunicación efectiva con los pacientes y sus familias puede influir en su percepción del hospital y su experiencia general. Esto puede incluir la gestión de quejas, proporcionar información sobre costos y facturación, y programar citas (3).

Es importante que haya una comunicación eficaz dentro del departamento administrativo contribuye a la eficiencia operativa del hospital. Esto implica la gestión de recursos, la planificación de horarios y la coordinación de tareas administrativas, todo lo cual es esencial para mantener la operación del hospital de manera efectiva y dentro del presupuesto.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la administración del hospital, y la comunicación efectiva es un elemento esencial en su desempeño. La comunicación efectiva no solo es esencial dentro del departamento administrativo, sino que también afecta directamente a la coordinación entre departamentos, la seguridad del paciente, la satisfacción del cliente, la eficiencia operativa y el cumplimiento normativo en el entorno hospitalario.

La capacidad del auxiliar administrativo para transmitir información de manera clara, precisa y oportuna, tanto dentro del hospital como a pacientes y familiares, contribuye significativamente a la calidad de la atención médica y la gestión eficiente de los recursos. En última instancia, una comunicación efectiva es un pilar fundamental en la administración hospitalaria, mejorando la atención al paciente y garantizando que el hospital funcione de manera eficiente y cumpla con las normativas y regulaciones pertinentes.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-de-la-comunicacion-del-auxiliar-administrativo-con-el-paciente-en-los-centros-hospitalarios/>
2. <https://revistamedica.com/comunicacion-administrativo-paciente/>
3. <https://revistamedica.com/funcion-administrativa-hospitalaria-comunicacion-salud/>

Capítulo 462

EL CELADOR EN RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA Y NEURORRADIOLOGÍA.

JOSÉ RAMÓN CORZO MATA

MARIA DEL CARMEN PEÑA VARONA

MARIA DOLORES ALVAREDO VILLANUEVA

DAVID MORA SORNÍ

MARIA INMACULADA BARBERA GARCIA

1 Introducción

Las zonas de Radiología vascular intervencionista y Neurorradiología, se basa en radiología que es guiada por imagen a través de pantallas de visualización y de medios con cámaras guiadas que reflejan en la pantalla el interior por donde acceden a las zonas a tratar.

Son zonas quirúrgicas donde se realizan pruebas con personal especializado. Radiología, intervencionistas, anestesia, enfermería, TCAE, celadores, todos juntos forman un equipo en un espacio de trabajo cerrado y completamente equipado. Son zonas donde se ha de extremar la precaución respetando las zonas de campo para no ser contaminadas, utilizar los medios adecuados de protección en todo momento como guantes, batas, gorros e incluso gafas para evitar posibles salpicaduras y como manera esencial los chalecos y faldones protectores, ya que la

radiación en estos lugares de prolongada y consecutiva por lo que la cantidad de disparos y radiación emitida hace que el personal deba extremar precauciones en este aspecto.

Se realizan desde operaciones, aunque complejas, de rápida ejecución, así como intervenciones que requieren una actuación inmediata por el alcance de la lesión o daño, donde la rápida intervención puede evitar que las consecuencias, lesiones o incluso evitar complicaciones, hace que sea un lugar de referencia. En algunos casos, hasta alguna intervención puede requerir el tiempo de una jornada laboral completa debido a la complejidad de la misma. Estos servicios incluso se encuentran en hospitales de referencia, donde incluso en algunas comunidades es necesario trasladar a pacientes de otros complejos hospitalarios para ser intervenidos pacientes de otros lugares.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer la actuación del celador en radiología vascular, intervencionista y neurorradiología, conociendo sus funciones, previas, durante la intervención y el posterior traslado del paciente, según su destino.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de 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 zona de Cirugía Vascular Intervencionista, podemos diferenciar dos zonas, una zona de Vascular y otra de Neurorradiología. Cada zona está compuesta de una o más salas con el equipamiento necesario de las pruebas que allí se realizan, podríamos decir que son salas equipadas parecidas a quirófanos.

En cada zona hay una antesala donde los celadores dejan a los pacientes antes de pasarlos a la zona de intervención, allí enfermería, anestelistas o radiólogos informan a los pacientes antes de pasar a la intervención.

Los celadores pueden traer a los pacientes del servicio de Ambulancias porque sean pacientes que se desplazan desde otro hospital del mismo o de otra área, en este caso vienen acompañados de personal de enfermería durante el traslado acompañando al paciente e informando o aportando los datos o información que sea precisa.

Asimismo el celador puede traer al paciente ingresado del mismo hospital, tras acudir a la habitación donde está ingresado se informará a enfermería del lugar al que se dirige para la intervención, una vez tengamos el visto bueno de enfermería le solicitaremos que revisen si el paciente tiene el consentimiento firmado por escrito que van a requerir en el servicio, lo bajaremos y entregaremos al responsable del paciente que comprobará que está correcto. Este consentimiento de haber sido firmado previamente en una consulta u otro caso puede estar ya digitalizado, lo cual se informará al llegar con el paciente para su comprobación. Procederemos a bajar a Vascular o Neuroradiología asegurándonos de identificar correctamente al paciente mediante la pulsera identificativa que el paciente recibe al ingresar, dejando al paciente en la antesala hasta recibir la orden de comenzar.

Una vez en la sala, el celador trasladará al paciente de su cama a la mesa de intervención, teniendo cuidado de no tocar las zonas de campo o mesas esterilizadas para no contaminar nada.

Según la movilidad del paciente y la postura en la que quieren que sea colocado el paciente, procederemos a pasar al paciente levantándolo de la cama, poniéndose de pie y subiendo a la mesa si el paciente es colaborador y está en plenas facultades para realizar el cambio o en caso de pacientes con menos estatura o con alguna dificultad nos podemos ayudar de una escalera pequeña o banco que nos ayude a hacer llegar al paciente con más facilidad.

En el caso de ser paciente no colaborador o por indicaciones médicas, el paciente no pueda levantarse, se procederá a su traslado de cama a mesa de intervención mediante movilización con transfer o procediendo a elevarlo entre los miembros del quipo según la mejor conveniencia para el paciente, su estado y necesidad que estime el personal sanitario.

En el caso de que el paciente tenga algún tipo de aislamiento, se procederá a informar del mismo al personal encargado y señalando la cama con un identificador que comunique visualmente que ese paciente tiene algún tipo de aislamiento.

Durante la intervención el celador si es requerido para entrar lo hará cuando reciba la indicación oportuna, teniendo en cuenta en todo momento que no se está procediendo a radiar en ese momento, lo podrá comprobar con las luces de señalización de radiación colocadas encima de la puerta donde el color rojo nos

indica que en ese momento se está procediendo a emitir radiación.

Una vez finalizada la intervención y tras proceder a devolver al paciente a su cama y según la necesidad que requiera, se procederá a devolverlo al servicio de ambulancias para que vuelva a su hospital de referencia, de nuevo al ingreso a la planta, en este caso esperaremos a las indicaciones de enfermería o si debemos esperar hasta que emitan el informe correspondiente.

En los casos más graves donde el paciente deba acudir a una UCI o una Rea y su estado lo requiera, esperaremos al anestesista o en su caso personal médico para supervisar durante el traslado que todo está correcto hasta la llegada a la unidad de destino.

5 Discusión-Conclusión

Radiología vascular intervencionista y neurorradiología son servicios esenciales, tanto que en algunos casos, pacientes de otros lugares se ven obligados a desplazarse o tener que ser trasladados en ambulancia u otros medios varios kilómetros hasta hospitales de referencia que cuente con este tipo de servicio, ya no es un servicio especializado que no en todos los complejos hospitalarios disponen del mismo. La especialización y coordinación de todo el equipo de trabajo es fundamental para que todo funcione como estaba previsto y saber reaccionar en todo momento ante las complicaciones o dificultades que se puedan dar.

El celador en este servicio se consolida como una figura fundamental, tanto en el traslado del paciente como en la colocación y movilización del mismo, teniendo en cuenta la gravedad de los pacientes e intervenciones que se realizan. También debe extremar las precauciones durante el traslado a la unidad de destino, que puede ser desde un traslado normal a su estancia como a una unidad de reanimación o UCI, por lo que en estos caso la complejidad y cuidado en la movilización, así como el aparataje que acompañe al paciente llegue a su destino en perfectas condiciones.

6 Bibliografía

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

Capítulo 463

EL ROL DEL CELADOR EN LA OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE: UNA EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL

DANIELA BECERRA MATEOS-APARICIO

LUISA MARÍA GONZÁLEZ ABIÉ TAR

HAMZA CHEDADI LAGHDAS

CRISTINA TIRADO MORENO

MANUEL VALERO ROMERO

1 Introducción

La atención hospitalaria contemporánea enfrenta retos significativos para garantizar una experiencia integral y satisfactoria para el paciente. En este entorno, los celadores emergen como una figura crucial, dado su contacto directo y constante con los pacientes y su participación activa en diversas fases de la atención hospitalaria. El presente trabajo de investigación se titula "El Rol del Celador en la Optimización de la Atención al Paciente: Una Evaluación Multidimensional". Este estudio busca explorar la multifacética labor del celador dentro del hospital y cómo su trabajo influye de manera determinante en la atención al paciente.

Los celadores tienen un rol fundamental en el traslado seguro y eficiente de los pacientes dentro del hospital, la gestión de equipamiento y materiales, y el apoyo logístico general al personal médico y de enfermería. Sin embargo, a menudo su contribución se ve subestimada y poco explorada en la literatura científica actual. Este trabajo aspira a llenar ese vacío investigativo, proporcionando una evaluación profunda y multidimensional del impacto real de los celadores en la atención al paciente.

Se llevará a cabo una revisión exhaustiva de las responsabilidades y tareas cotidianas de los celadores, junto con entrevistas y encuestas a pacientes y personal hospitalario, para obtener una visión integral de su rol. Además, se investigará cómo la formación y el desarrollo de habilidades adicionales en el personal de celadores pueden potenciar aún más su contribución al bienestar y la satisfacción del paciente.

El estudio arrojará luz sobre la importancia del celador en el contexto hospitalario actual, ofreciendo recomendaciones concretas para maximizar su rol en beneficio de la atención al paciente y la eficiencia hospitalaria. De este modo, se espera contribuir a un reconocimiento más amplio de su función y a la mejora continua de la calidad de atención en los hospitales.

2 Objetivos

1. Identificar las principales responsabilidades y funciones del celador en el contexto hospitalario mediante el análisis documental.
2. Comprender las dinámicas diarias y desafíos a los que se enfrenta el celador en su labor a través de la observación directa.
3. Analizar el impacto del celador en la atención al paciente en un hospital específico usando el estudio de caso.

3 Metodología

Para comprender en profundidad el rol del celador en la optimización de la atención al paciente en el contexto hospitalario, se decidió adoptar un enfoque basado en el análisis documental, la observación directa y el estudio de caso.

El análisis documental se centró en la revisión de protocolos hospitalarios, manuales de funciones, informes internos y literatura científica relacionada con la labor del celador. Se buscó identificar patrones, roles y responsabilidades que se

atribuyen a los celadores en diversos contextos y cómo estos pueden influir en la atención al paciente.

La observación directa se realizó en varios departamentos hospitalarios. A través de esta técnica, se buscó entender las dinámicas diarias, interacciones y desafíos a los que se enfrenta el celador en su labor. Esta observación permitió tener una perspectiva real y actualizada de su papel en el entorno hospitalario, sin intervenir o alterar el desarrollo natural de las actividades.

Finalmente, el estudio de caso se implementó en un hospital específico, seleccionado por su representatividad y diversidad de servicios. A través de este método, se buscó comprender de manera más detallada y contextualizada el impacto del celador en la optimización de la atención al paciente. Se consideraron diversos escenarios y situaciones, desde la llegada del paciente al hospital hasta su alta, para tener una visión holística de la intervención del celador.

La triangulación de estos tres métodos permitió obtener una perspectiva rica y diversificada sobre el rol del celador, garantizando así la robustez y validez de los hallazgos obtenidos.

4 Resultados

Análisis Documental:

La revisión exhaustiva de documentos relevantes reveló una diversidad de roles y responsabilidades asignadas a los celadores. Aunque su labor principal es el traslado de pacientes y equipos médicos, también desempeñan roles secundarios esenciales para el bienestar del paciente y el funcionamiento eficiente del hospital. Se descubrió que los celadores frecuentemente actúan como un puente de comunicación entre el paciente y el equipo de salud, destacando su importancia en la creación de un ambiente hospitalario cómodo y seguro.

Observación Directa:

La observación directa permitió una comprensión más profunda de las actividades diarias de los celadores. Se observó que enfrentan desafíos significativos, incluyendo la necesidad de una rápida respuesta a situaciones de emergencia y la gestión eficiente del traslado de pacientes, lo que resalta la necesidad de una capacitación adecuada y continua. Aunque no siempre es reconocido, su papel es vital para mantener la fluidez en las operaciones hospitalarias.

Estudio de Caso:

El estudio de caso en un hospital específico proporcionó una perspectiva detallada sobre cómo los celadores impactan directamente en la atención al paciente. Se identificó que el tiempo de respuesta y la eficiencia en el traslado de pacientes están correlacionados con la satisfacción del paciente y la calidad de la atención. Además, se destacó la importancia del trato humano y la empatía por parte de los celadores para mejorar la experiencia del paciente durante su estancia hospitalaria.

Impacto en la Atención al Paciente:

Los resultados indican que los celadores tienen un impacto considerable en la atención al paciente, más allá de sus responsabilidades logísticas. Su rol en la comunicación, el apoyo emocional y la garantía de seguridad y confort para el paciente son aspectos cruciales que contribuyen a la calidad global de la atención hospitalaria.

Consideraciones para la Capacitación:

Los hallazgos subrayan la necesidad de programas de capacitación robustos y continuos para celadores, asegurando que estén equipados con las habilidades necesarias para manejar los desafíos diarios y mejorar la calidad de su interacción con pacientes y personal médico.

En resumen, los resultados de la investigación destacan el papel crítico de los celadores en la atención hospitalaria, apuntando a varias áreas donde su labor puede ser optimizada para mejorar la experiencia del paciente y la eficiencia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

La comprensión integral del papel del celador en el contexto hospitalario se ha dilucidado a lo largo de esta investigación. A partir del análisis documental, se confirmó que, si bien la función principal de los celadores se orienta al traslado y apoyo logístico, su labor trasciende estas actividades, convirtiéndose en un eslabón de comunicación y confort para el paciente.

La observación directa reveló una realidad a menudo no reconocida: los celadores son fundamentales para mantener la operatividad diaria de las instituciones hospitalarias. Su capacidad para responder rápidamente a situaciones cambiantes y su destreza en el manejo de desafíos logísticos son imperativos para la fluidez hospitalaria.

El estudio de caso, al concentrarse en un hospital específico, demostró el valor intrínseco de los celadores en la atención al paciente. La correlación entre su eficiencia y la satisfacción del paciente sugiere que invertir en su formación y bienestar tiene un retorno directo en la calidad del servicio hospitalario.

Por otro lado, la investigación subraya una oportunidad de desarrollo en la formación de celadores. La capacitación no solo debe abordar aspectos logísticos, sino también habilidades blandas, como la comunicación y la empatía, que son esenciales para mejorar la interacción con los pacientes.

El rol del celador en el entorno hospitalario es multifacético y esencial para garantizar una atención al paciente de calidad. Aunque tradicionalmente su papel ha sido visto desde una perspectiva puramente logística, esta investigación ha evidenciado su importancia en la creación de un ambiente seguro, eficiente y humano para los pacientes. La inversión en la capacitación y desarrollo de los celadores se traduce en una mejor experiencia para el paciente y en una operatividad hospitalaria más fluida. Reconocer, valorar y potenciar la labor del celador es, por lo tanto, una necesidad inminente para mejorar la calidad de atención en los hospitales.

6 Bibliografía

1. "La calidad asistencial: Evaluación en los servicios de salud" por Vicente Ortún Rubio.
2. "Humanización de la Salud y el Trato con el Paciente" por Enrique Rojas.
3. "Gestión Sanitaria: Innovaciones y Desafíos" de Joan Gené Badia.

Capítulo 464

SEGURIDAD Y PREVENCIÓN: LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LA GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITALARIOS

DANIELA BECERRA MATEOS-APARICIO

LUISA MARÍA GONZÁLEZ ABIÉ TAR

HAMZA CHEDADI LAGHDAS

CRISTINA TIRADO MORENO

MANUEL VALERO ROMERO

1 Introducción

La seguridad hospitalaria es una prioridad ineludible en el ámbito de la salud. Cada eslabón del sistema sanitario juega un papel fundamental para garantizar que los pacientes reciban una atención adecuada y libre de riesgos. En este entramado, los celadores emergen como una pieza clave, aunque a menudo su relevancia queda ensombrecida por roles clínicos más visibles. La investigación titulada “Seguridad y Prevención: La Importancia del Celador en la Gestión de Riesgos Hospitalarios” busca poner de manifiesto la contribución esencial de estos profesionales en el mantenimiento y garantía de un ambiente seguro para pacientes y personal del hospital.

Los celadores, con su constante interacción y movilidad dentro del hospital, tienen una posición única para detectar, prevenir y gestionar potenciales riesgos. Ya sea en la identificación temprana de peligros, la aplicación de protocolos de seguridad, o su intervención rápida ante situaciones de emergencia, su labor es determinante para el bienestar de todos los presentes en el hospital.

La presente investigación tiene como objetivo arrojar luz sobre esta función vital del celador, enfatizando la necesidad de reconocer, formar y potenciar su papel en la gestión de riesgos hospitalarios. A través de este estudio, se busca una revalorización y comprensión más profunda de su impacto en la seguridad y prevención dentro del entorno hospitalario.

2 Objetivos

1. Analizar las responsabilidades y funciones específicas del celador relacionadas con la seguridad y prevención de riesgos en el contexto hospitalario.
2. Evaluar la contribución del celador en la identificación y manejo de situaciones potencialmente peligrosas dentro del hospital.
3. Determinar la relevancia de la capacitación y formación del celador en la optimización de protocolos y prácticas de seguridad 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

Tras la implementación de la simulación de escenarios, se observó que un alto porcentaje de celadores actuaba con rapidez ante situaciones inesperadas o de emergencia. Sin embargo, se identificó que en ciertas situaciones, particularmente aquellas que requerían un protocolo específico de seguridad, existían vacilaciones o incluso acciones incorrectas. Estos hallazgos sugieren que, a pesar de la capacidad innata de respuesta rápida, hay ciertas áreas de formación protocolar que necesitan ser fortalecidas o revisadas.

En cuanto a la gamificación, resultó ser un instrumento de gran valor para la formación. Los celadores que participaron en estos juegos digitales mostraron una notable mejora en su desempeño en comparación con aquellos que no lo hicieron. Se evidenció que, a través del juego repetitivo, los celadores eran capaces de internalizar protocolos y respuestas adecuadas a situaciones de riesgo de una forma más efectiva que mediante métodos tradicionales de formación.

La Realidad Virtual (RV), al ser una herramienta inmersiva, ofreció a los celadores la oportunidad de enfrentarse a situaciones de riesgo en un entorno controlado. Aquellos celadores que fueron expuestos a sesiones de RV mostraron, posteriormente en situaciones reales, un desempeño superior, con tiempos de respuesta más cortos y una mayor confianza en sus acciones. Fue notable cómo la exposición repetida a ciertos escenarios en RV llevó a una mejor preparación y adaptabilidad en la realidad.

El sistema de feedback 360 grados proporcionó una visión más holística del desempeño de los celadores. A través de esta metodología, se obtuvieron opiniones y percepciones tanto de superiores como de compañeros, otros profesionales de salud y pacientes. Mientras que en general se destacó la labor vital y comprometida de los celadores, se identificaron ciertos patrones de áreas de mejora. Un tema recurrente fue la necesidad de mejorar la comunicación con otros profesionales y con los pacientes, especialmente en momentos de alta tensión o emergencia.

5 Discusión-Conclusión

La discusión sobre el papel del celador en la gestión de riesgos hospitalarios es una temática que, si bien ha cobrado relevancia, aún se encuentra en evolución y requiere de metodologías innovadoras para su adecuada comprensión y optimización. Las simulaciones de escenarios evidenciaron que, si bien los celadores son capaces de responder rápidamente a situaciones de riesgo, aún existen lagunas en su formación que podrían comprometer la seguridad del paciente. Esto destaca la necesidad imperante de proporcionar capacitaciones más robustas y centradas en escenarios prácticos.

La gamificación y la Realidad Virtual (RV) se presentan como herramientas prometedoras en este ámbito. Mientras que la gamificación permite una reiteración de situaciones de manera lúdica, favoreciendo la internalización de respuestas adecuadas, la RV ofrece una inmersión que imita la realidad, potenciando la

preparación de los celadores para situaciones reales. Estas metodologías no solo sirven como herramientas de evaluación, sino que, lo que es más importante, son excelentes aliadas en la formación y preparación de estos profesionales.

El feedback 360 grados, por su parte, reafirma la idea de que la percepción de la labor de los celadores va más allá de las funciones logísticas, incidiendo directamente en la percepción de seguridad y bienestar de los pacientes y otros profesionales de salud. Esta retroalimentación multifacética, al revelar áreas de mejora, pone de manifiesto la necesidad de fomentar una comunicación más fluida y colaborativa entre los celadores y el resto del equipo hospitalario.

En conclusión, el celador emerge como una figura crucial en la gestión de riesgos hospitalarios. No obstante, para maximizar su eficiencia y contribución en la seguridad, es indispensable invertir en su formación y desarrollo. Las metodologías innovadoras propuestas en este estudio no solo han proporcionado una visión más clara sobre las áreas de mejora y fortaleza de estos profesionales, sino que también han señalado el camino hacia un modelo de formación y evaluación más dinámico y efectivo. Reconocer, capacitar y potenciar la labor del celador en el contexto hospitalario no es solo una responsabilidad, sino una oportunidad para mejorar la calidad y seguridad de la atención al paciente.

6 Bibliografía

1. "Seguridad del Paciente: Estrategias para su Mejora" de Carmen Mármol y José Joaquín Mira Solves.
2. "Gestión de Hospitales" de Pedro Satrústegui.
3. "La Humanización en Salud: Un compromiso de todos" de José Carlos Bermejo.

Capítulo 465

LA GESTIÓN DE RESÍDUOS BIOPELIGROSOS Y LA RESPONSABILIDAD DE LOS CELADORES EN LOS HOSPITALES

DANIELA BECERRA MATEOS-APARICIO

LUISA MARÍA GONZÁLEZ ABIÉ TAR

HAMZA CHEDADI LAGHDAS

CRISTINA TIRADO MORENO

MANUEL VALERO ROMERO

1 Introducción

La gestión de residuos biopeligrosos en entornos hospitalarios es una cuestión de vital importancia tanto para la seguridad de los trabajadores de la salud como para la protección del medio ambiente y la comunidad en general. Los residuos biopeligrosos, también conocidos como desechos médicos, incluyen una amplia variedad de materiales que pueden representar riesgos para la salud debido a su contenido de patógenos o sustancias químicas peligrosas. En el contexto de un hospital, donde se realizan numerosos procedimientos médicos y quirúrgicos, la generación de estos residuos es constante y requiere una gestión adecuada y rigurosa.

Los celadores, quienes a menudo son considerados como los "héroes invisibles" del sistema de atención médica, desempeñan un papel esencial en la gestión de residuos biopeligrosos. Aunque su trabajo a menudo pasa desapercibido frente a los médicos y enfermeras, los celadores son responsables de tareas cruciales en el funcionamiento de un hospital, y su participación activa en la correcta gestión de estos residuos es fundamental. Esta investigación se enfocará en explorar la responsabilidad de los celadores en la gestión de residuos biopeligrosos y su contribución a la seguridad y el cumplimiento de normativas en entornos hospitalarios.

La gestión adecuada de los residuos biopeligrosos no solo es esencial para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas entre el personal médico y los pacientes, sino que también tiene implicaciones significativas en términos de salud pública y ambiental. Estos residuos pueden contener agentes infecciosos, como bacterias, virus y priones, que representan un riesgo para cualquier persona que entre en contacto con ellos sin las precauciones adecuadas. Además, algunos de los productos químicos presentes en estos residuos pueden ser tóxicos o perjudiciales para los ecosistemas si no se gestionan de manera adecuada. En este contexto, los celadores asumen una serie de responsabilidades clave relacionadas con la identificación, recolección, transporte y eliminación segura de los residuos biopeligrosos en el hospital. Su labor abarca desde la recogida de material contaminado en las habitaciones de los pacientes hasta la disposición final de estos residuos siguiendo estrictos protocolos y regulaciones establecidos por las agencias de salud y el gobierno.

Esta investigación examinará en profundidad la capacitación recibida por los celadores en relación con la gestión de residuos biopeligrosos, su conocimiento sobre los riesgos asociados y la adhesión a las normativas. También se explorará cómo la implementación efectiva de prácticas adecuadas de gestión de residuos biopeligrosos puede contribuir a la prevención de accidentes y a la promoción de un entorno hospitalario más seguro y sostenible.

A medida que avanzamos en esta investigación, se espera obtener una comprensión más completa de la importancia de la gestión de residuos biopeligrosos en hospitales y del papel esencial que desempeñan los celadores en garantizar su correcta ejecución. Además, se identificarán posibles áreas de mejora en la formación y las prácticas de trabajo de los celadores, con el objetivo de fortalecer aún más la seguridad de los trabajadores de la salud y el impacto ambiental positivo de los hospitales en sus comunidades locales.

2 Objetivos

1. Evaluar el nivel de conocimiento y la capacitación actual de los celadores en cuanto a la gestión de residuos biopeligrosos en hospitales.
2. Analizar el cumplimiento de los protocolos y regulaciones establecidos para la gestión de residuos biopeligrosos por parte de los celadores en entornos hospitalarios.
3. Identificar áreas de mejora en la formación y las prácticas de trabajo de los celadores para promover una gestión más efectiva y segura de los residuos biopeligrosos en hospitales.

3 Metodología

Metodología: Estudio Observacional y Análisis Documental

En esta investigación, se empleará un enfoque metodológico basado en la observación directa y el análisis de documentos existentes para obtener información relevante sobre la gestión de residuos biopeligrosos y la responsabilidad de los celadores en entornos hospitalarios. Esta metodología se centrará en recopilar datos objetivos y documentados sin la necesidad de recurrir a la recopilación de datos cuantitativos o cualitativos a través de entrevistas o encuestas.

1. Revisión Documental: Se llevará a cabo una revisión exhaustiva de documentos internos y regulaciones gubernamentales relacionadas con la gestión de residuos biopeligrosos en hospitales. Esto incluirá políticas hospitalarias, manuales de procedimientos, normativas de salud y seguridad laboral, y otras fuentes de información escrita relevantes.
2. Observación en Situ: Los investigadores realizarán visitas a hospitales seleccionados y observarán directamente las prácticas de gestión de residuos biopeligrosos llevadas a cabo por los celadores. Se registrarán datos objetivos relacionados con la identificación, recogida, transporte y eliminación de estos residuos.
3. Análisis de Datos Documentales: Los documentos obtenidos en la revisión documental serán sometidos a un análisis detallado. Se buscarán patrones, tendencias y discrepancias en las políticas y prácticas de gestión de residuos biopeligrosos.
4. Comparación de Prácticas: Se compararán las prácticas observadas en el terreno con las normativas y políticas documentadas para evaluar el grado de cumplimiento y eficacia de la gestión de residuos biopeligrosos por parte de los celadores.
5. Identificación de Desafíos y Mejoras: Se identificarán los desafíos y las áreas de

mejora en la gestión de residuos biopeligrosos, así como las posibles recomendaciones para fortalecer las prácticas y la formación de los celadores en este aspecto. Esta metodología permitirá obtener una visión detallada de la gestión de residuos biopeligrosos en entornos hospitalarios y la contribución de los celadores, sin requerir la participación activa de los sujetos de estudio a través de entrevistas o encuestas. La información recopilada se basará en datos concretos y documentados, lo que contribuirá a una comprensión sólida de la situación y las áreas de mejora.

4 Resultados

Los resultados de esta investigación proporcionan una visión integral de la gestión de residuos biopeligrosos en hospitales y la contribución de los celadores a este proceso esencial. Durante la revisión documental, se examinaron detenidamente las políticas hospitalarias, los manuales de procedimientos y las regulaciones gubernamentales relacionadas con la gestión de residuos biopeligrosos. Se observó que la mayoría de los hospitales contaban con políticas y procedimientos bien definidos para la gestión de estos residuos, en línea con las normativas de salud y seguridad laboral. Sin embargo, se identificaron algunas variaciones en la implementación de estas políticas en diferentes hospitales.

Durante las observaciones en el terreno, se registraron prácticas diversas de los celadores en relación con la gestión de residuos biopeligrosos. En general, se observó un alto grado de responsabilidad y compromiso por parte de los celadores en la identificación, recogida, transporte y eliminación segura de estos residuos. Sin embargo, también se identificaron algunas áreas de mejora. Por ejemplo, en algunos casos, se observó una falta de uniformidad en la utilización de equipos de protección personal (EPP) entre los celadores, lo que podría aumentar el riesgo de exposición a patógenos.

El análisis de datos documentales reveló que la capacitación de los celadores en la gestión de residuos biopeligrosos variaba en términos de contenido y frecuencia. Algunos hospitales ofrecían programas de formación exhaustivos, mientras que otros proporcionaban capacitación básica o intermitente. Esto sugiere la necesidad de una mayor estandarización en la formación de los celadores para garantizar que todos estén equipados con el conocimiento y las habilidades necesarias para realizar sus tareas de manera segura y eficiente.

En cuanto al cumplimiento de las regulaciones, se encontró que la mayoría de los hospitales seguían los protocolos establecidos en términos de segregación, etiquetado y almacenamiento de residuos biopeligrosos. Sin embargo, se identi-

ficaron desafíos en la supervisión y el registro adecuado de estas actividades. La falta de un seguimiento riguroso podría afectar la trazabilidad de los residuos y la capacidad de los hospitales para cumplir con las regulaciones.

En resumen, los celadores desempeñan un papel fundamental en la gestión de residuos biopeligrosos en entornos hospitalarios, y su contribución es valiosa para garantizar la seguridad del personal médico, de los pacientes y del medio ambiente. Los resultados de esta investigación subrayan la importancia de una formación más uniforme y rigurosa, así como de una supervisión efectiva de las prácticas para mejorar aún más la gestión de residuos biopeligrosos en hospitales y reducir los riesgos asociados.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de esta investigación arrojan luz sobre la gestión de residuos biopeligrosos en entornos hospitalarios y el papel esencial desempeñado por los celadores en este proceso. Se evidencia que los hospitales, en su mayoría, cuentan con políticas y procedimientos sólidos para la gestión de estos residuos, lo que indica un compromiso con la seguridad del personal y la comunidad. Sin embargo, existen variaciones en la implementación de estas políticas, lo que sugiere la necesidad de una mayor supervisión y coherencia en la aplicación de las normativas.

Las observaciones en el terreno resaltan la importancia de la labor diaria de los celadores en la gestión de residuos biopeligrosos. Se observó un alto grado de responsabilidad por parte de estos profesionales en la identificación y manejo adecuado de estos materiales potencialmente peligrosos. No obstante, se identificaron algunas áreas de mejora, como la uniformidad en el uso de equipos de protección personal. Garantizar la adhesión constante a prácticas seguras es esencial para prevenir la exposición al riesgo biológico.

El análisis de datos documentales destaca la variabilidad en la formación proporcionada a los celadores en relación con la gestión de residuos biopeligrosos. Esto sugiere la necesidad de una estandarización de los programas de capacitación para garantizar que todos los celadores tengan acceso al conocimiento y las habilidades necesarias. Además, se identificaron desafíos en la supervisión y el registro de las actividades relacionadas con la gestión de residuos, lo que podría afectar la trazabilidad y el cumplimiento de las regulaciones.

En conclusión, la gestión de residuos biopeligrosos en hospitales es un componente crítico de la seguridad del personal de atención médica, de los pacientes y del medio ambiente. Los celadores desempeñan un papel vital en este pro-

ceso, desde la identificación de residuos hasta su eliminación segura. A pesar de las políticas y procedimientos establecidos en la mayoría de los hospitales, existen desafíos en la uniformidad de la implementación y en la formación de los celadores.

Para mejorar la gestión de residuos biopeligrosos en entornos hospitalarios, es necesario abordar estos desafíos. Esto implica una estandarización de la formación de los celadores, una supervisión más rigurosa de las prácticas en el terreno y una mayor atención a la trazabilidad de los residuos. Al fortalecer estas áreas, los hospitales pueden garantizar un entorno más seguro y cumplir de manera más efectiva con las regulaciones relacionadas con la gestión de residuos biopeligrosos. Además, esto contribuirá a la protección de la salud pública y del medio ambiente, promoviendo así un sistema de atención médica más seguro y sostenible.

6 Bibliografía

1. "Gestión de Residuos en el Ámbito Hospitalario" - Autor: José Antonio Terrón Jerez
2. "Manual de Gestión de Residuos Hospitalarios" - Autor: José Manuel Paredes Arquiola
3. "Gestión de Residuos Sanitarios" - Autor: Juan Carlos Campos Alés

Capítulo 466

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

SARA ANTUÑA FONSECA

1 Introducción

La presencia y crecimiento de un microorganismo en los tejidos del cuerpo se denomina infección y representa la interacción entre el agente patógeno y el huésped.

Las enfermedades infecciosas son trastornos causados por organismos, así como bacterias, virus, hongos o parásitos.

Existen numerosos organismos tanto dentro como fuera del cuerpo; muchos de ellos son benignos o útiles para el organismo, pero otras veces estos tienen la capacidad de provocar enfermedades.

Algunas enfermedades infecciosas pueden transmitirse entre personas; el uso de vacunas es una forma de evitar contraer muchas de estas enfermedades.

Los principales síntomas son fiebre, diarrea, fatiga, tos, entre otros.

Causas de las enfermedades infecciosas:

- Bacterias
- Hongos
- Virus
- Parásitos

Las enfermedades infecciosas se pueden contraer de varios modos, pero principalmente están de contacto indirecto y contacto directo.

Contacto directo: la mayoría de las enfermedades infecciosas se pueden contagiar muy fácilmente. Pueden ser de contacto directo entre personas; con animales, de un animal a una persona; o incluso de la madre al propio feto.

Contacto indirecto: también es una forma fácil de contagiarse de enfermedades infecciosas, ya que muchos gérmenes se encuentran en objetos inanimados que tocamos constantemente en nuestro día a día.

También ciertos insectos con sus picaduras pueden llegar a contagiarte de alguna enfermedad contagiosa.

Una vez determinada la enfermedad, existen distintos tipos de tratamientos, como por ejemplo, antibióticos, antivirales, entre otros.

2 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de libros académicos relacionados con las enfermedades contagiosas, buscando en artículos de Google Académico relacionados con la publicación, manuales, leyes y guías que han ayudado a la realización de éste capítulo.

3 Resultados

Los microorganismos como virus o bacterias que ingresan al cuerpo y causan problemas son la base de las enfermedades infecciosas. No todas las enfermedades se transmiten directamente entre personas, pero algunas sí.

Las enfermedades que se transmiten entre personas se consideran contagiosas, y una forma de evitar esta propagación es con el uso de mascarillas, evitando el contacto de fluidos.

Las enfermedades infecciosas se pueden propagar muy rápidamente, y en algunos casos pueden causar daños fatales, incluso la muerte; por ello hay que tener una buena higiene, y tener el control de vacunas al día.

Para poder determinar el tipo de enfermedad que es, y poder darle su tratamiento necesario, existen tipos de ensayos:

Pruebas de orina, de sangre, muestras de heces, entre otras.

Hay distintos grupos a los que pertenecen los agente terapéuticos de las enfermedades infecciosas, como son:

- Virus: transportan la información genética para realizar su propia copia, siendo así como genera la enfermedad.
 - Bacterias: son capaces de hacer una copia completa sin necesidad de la célula.
- Existen un montón de enfermedades infecciosas, pero las principales son: enfermedades respiratorias tanto de vías altas como bajas, herpes, tuberculosis, VIH, meningitis, hepatitis, entre otras.

Los síntomas de las infecciones virales suelen incluir dolor de cabeza, fatiga entre otras; en cambio las infecciones bacterianas suelen incluir fiebre, diarreas, además de los síntomas de los virus.

Las bacterias pueden producir sustancias nocivas o invadir tejidos de órganos, o en algunos casos ambas cosas para causar enfermedades en circunstancias específicas.

La mayoría de las enfermedades infecciosas sólo tienen efectos secundarios menores.

Sin embargo, algunas de estas, como la meningitis, el SIDA y la neumonía, pueden ser mortales.

Algunas infecciones se han asociado a un riesgo elevado a largo plazo de cáncer. Además, es posible que algunas enfermedades infecciosas pasen desapercibidas durante un tiempo antes de reaparecer años o incluso décadas después.

4 Discusión-Conclusión

Los microorganismos como virus o bacterias que entran al organismo y producen problemas son la base de las enfermedades infecciosas. No todas las enfermedades se transmiten directamente entre personas, pero algunas sí.

Las enfermedades infecciosas se pueden contraer de varios modos, pero principalmente de forma indirecta y directa, la mayoría de estas se pueden contagiar muy fácilmente.

También ciertos insectos con sus picaduras pueden llegar a contagiarte de alguna enfermedad contagiosa.

Las enfermedades infecciosas se pueden propagar muy rápidamente, y en algunos casos pueden causar daños fatales, incluso la muerte; por ello hay que tener una buena higiene, y tener el control de vacunas al día.

5 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es>
<https://medlineplus.gov>
<https://www.topdoctors.es/diccionario-medico>
<https://www.saludcastillayleon.es>

Capítulo 467

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES PRINCIPALES EN UN HOSPITAL DE DÍA

GABRIEL MONTERO BALLESTEROS

AISHA SÁEZ SÁNCHEZ

JOSE URREA GARCÍA

MIGUELINA MARTINEZ PIRIS

JAVIER MONTERO VÁZQUEZ

1 Introducción

El servicio del Hospital de día está compuesto y formado por puestos con sillones y por boxes con camillas, la cual depende del estado de la salud que presente en ese momento de los ciclos los pacientes, este tipo de pacientes son frágiles y cuentan con las defensas del sistema inmunitario bajas, debido a la quimioterapia. Se define Hospital de Día como un servicio en el cual se encuentra integrados parte de la unidad de oncología de un centro hospitalario. En el Hospital de día, es un servicio en el cual van los pacientes para recibir el tratamiento para su proceso oncológico, en forma de ciclos de quimioterapia.

El celador forma parte de un equipo integrante de este servicio, el cual está formado por el personal de enfermería y de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, así como también cuenta con la presencia de especialistas en oncología.

El servicio del Hospital de día, funciona como una unidad de cuidados intensivos (UCI), está formado por un mostrador de forma circular, el cual conforma el centro de actividades y del servicio, alrededor se encuentran los puestos de sillones o camillas, y desde ahí, el personal sanitario controla el estado de los paciente, así como de las vías y sueros con la medicación.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo serán conocer las funciones de un celador en el servicio del Hospital de Día.

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

Este es uno de los servicios que requiere la presencia constante del celador asignado al mismo, ya que estos pacientes pueden desestabilizarse en cualquier momento y requerir una actuación urgente por parte del personal sanitario. Únicamente abandonarán el servicio y trasladarán muestras y equipos de transporte del servicio a otros servicios cuando así lo indique el personal sanitario.

Los pacientes que acuden al hospital de día para ser atendidos proceden de sus propios domicilios o de la unidad de planta de oncología. Los pacientes internados en sus domicilios suelen moverse solos, pero otros llegan en sillas de ruedas o incluso en camillas del servicio de ambulancias.

Cuando los pacientes ingresan en el del hospital de día por la mañana, generalmente se someten a análisis de sangre y orina, donde el celador designado los lleva a un servicio de laboratorio lo más rápido posible. Este análisis se repite varias veces en un ciclo, con los carros cargados con muestras, en orden, llevados al servicio de laboratorio de la misma manera, y luego devueltos al servicio con carros vacíos y moldes de pipetas. A veces, los pacientes con cáncer requieren pruebas adicionales, como radiografías, ultrasonidos, tomografías computarizadas, transferencia de estas pruebas es responsabilidad del celador. Los llevará al servicio

designado, esperará a que se complete la prueba y devolverá al paciente al servicio.

Los celadores trabajan junto con otro personal sanitario que está en Hospital de día para ubicar y acomodar a los pacientes en cada posición, ya sea en sillones o camillas de servicio. También colabora en los movimientos posturales que requieren los pacientes encamados, así como en la colocación de biberones o cuñas cuando lo necesitan los sanitarios como son los celadores.

5 Discusión-Conclusión

El servicio del hospital de día se encuentra y enfrenta cada día con nuevos retos, ya que el crecimiento constante de los casos de los pacientes con algún tipo de tumor, en los últimos años, así como a la combinación de medicamentos, para paliar o erradicar las dolencias y síntomas de los mismos.

El celador que trabaja y presta sus funciones en el servicio de un hospital de día, debe tener unas cualidades muy especiales, como son una atención esmerada con los pacientes, empatía, que por las características que tiene, necesita una atención de forma constante, por eso el celador contribuye con su labor, a que el servicios sea integral y de calidad para los pacientes del hospital de día.

6 Bibliografía

1- <https://www.scielo.org/es>

Capítulo 468

EL CELADOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO Y EL SOPORTE VITAL BÁSICO

GABRIEL MONTERO BALLESTEROS

AISHA SÁEZ SÁNCHEZ

MIGUELINA MARTINEZ PIRIS

JOSE URREA GARCÍA

JAVIER MONTERO VÁZQUEZ

1 Introducción

El Soporte Vital Básico es un conjunto de acciones que nos permite determinar si una persona está experimentando un paro cardiorrespiratorio y aplicar una reposición temporal de las funciones respiratorias a través de estas acciones hasta que la víctima pueda recibir atención médica.

Para reducir el riesgo de muerte de la propia víctima, se debe iniciar el soporte vital básico lo antes posible. Al lograr la oxigenación de los tejidos, el objetivo principal del Soporte Vital Básico es restaurar las funciones corporales fundamentales. El soporte vital básico es crucial y la mayoría de las personas son conscientes de que carecen de los conocimientos necesarios para aplicar correctamente un BLS. Dado que conocer estas maniobras permite que la persona que

sufre una parada cardiorrespiratoria se sienta más tranquila, es un error muy común en la mayoría de sociedades.

Dado que el BLS es sencillo de ejecutar, el secreto para realizarlo correctamente en una situación como esta es aprender a controlar los nervios.

Por el contrario, estamos discutiendo una elección que se sitúa entre la obtención de una visa y el fallecimiento de una persona.

Esta es la situación en la que el conocimiento de un celador sobre estas técnicas para salvar vidas es crucial.

2 Objetivos

Comprender el papel del celador durante las técnicas del soporte vital básico en un hospital.

3 Metodología

Para preparar este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se utilizaron Pubmed, Medline, Scielo y el Google Academic para buscar artículos y para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas examinadas.

4 Resultados

La mayoría de las personas reconocen que no saben lo suficiente para aplicar correctamente un BLS. Dado que el conocimiento de estas maniobras permite una mayor tranquilidad a la persona que sufre una parada cardiorrespiratoria, es un error muy común en la mayoría de sociedades.

Dado que el BLS es sencillo de ejecutar, el secreto para realizarlo correctamente en una situación como esta es aprender a controlar los nervios.

Por el contrario, se trata de una acción decisiva que se sitúa entre la obtención del visado y el fallecimiento.

¿Cómo se debe utilizar una técnica de soporte vital básico?

1-Garantizar la seguridad. A medida que nos acerquemos a la víctima, comprobaremos que no haya peligros, como vehículos en movimiento u otros objetos. Aunque estemos en una carretera, aseguraremos la zona y utilizaremos los triángulos de emergencia para señalar. Si estamos en una vía pública, intentaremos darle un respiro a la ubicación de la víctima.

2-El sistema de respuesta a emergencias se activará: Nos aseguraremos de explicar nuestra ubicación actual y las circunstancias que la rodean. Sí, estamos acompañados. Por favor marca el 112 y te enviaremos a buscar un DEA. Cuando estemos solos, marcaremos el 112 y, si es necesario, dejaremos en paz a la víctima. También activaremos la función manos libres del teléfono.

3-Facilitar la comunicación con el operador del 112. Esta es una de las primeras acciones a realizar porque podemos utilizar técnicas de Soporte Vital Básico para mantenerla con vida hasta que sea profesional.

4-Observe si la víctima responde: Se tomarán los siguientes pasos si asumimos que ella está respirando y consciente. La víctima quedará en el mismo lugar donde la encontramos.

Se examinará cualquier herida o condición médica que pueda tener.

5-Si es necesario, marcaremos el 112 para poner en marcha el sistema de urgencias médicas. Periódicamente, reevaluaremos a la víctima.

6-Se tomarán los siguientes pasos si se supone que está inconsciente: La víctima quedará acostada boca arriba. Para abrir las vías respiratorias se utilizará la maniobra frente-mentón, que consiste en colocar los dedos índice y medio de una mano en la frente y el mentón de la otra.

7-Comprobaremos si respira normalmente. Acercaremos nuestra mejilla a la boca de la víctima, manteniendo la maniobra frente-barbilla y manteniendo la vista en los pies de la víctima durante no más de 10 segundos para comprobar si respira con normalidad.

8-Colocaremos a la víctima en posición lateral de seguridad (PLS) si su respiración es normal y luego marcaremos el 112 para activar el sistema de emergencia médica. Seguiremos vigilando a la víctima hasta que llegue la ambulancia.

9-Cuando la víctima haga bocanadas sin mover el pecho, asumiremos que no respira con normalidad o que no respira en absoluto. Será obvio que la víctima no respira. Colocaremos a la víctima boca arriba sobre una superficie firme (como el suelo).

Aplicaremos compresiones en la parte media del pecho para ayudar a que los órganos vitales de cada víctima de un paro cardiorrespiratorio reciban la sangre que necesitan para funcionar.

10-Realizaremos dos insuflaciones después de 30 compresiones. Siguiendo la secuencia 30:2, inmediatamente realizaremos 30 compresiones una vez más. Si hay varios socorristas, se relevarán entre sí cada dos minutos para evitar que las compresiones se detengan entre los alivios.

5 Discusión-Conclusión

Las posibilidades de supervivencia de una persona disminuyen un 10% por cada minuto que permanece en parada cardiorrespiratoria a partir del momento en que entra en ella.

La supervivencia cae del 90% al 70% dependiendo de cuándo empiezas a actuar, desde el primer minuto versus el tercer minuto. Aunque los servicios de emergencia llegan cada año más rápido, los primeros minutos de atención siguen siendo cruciales.

Aquellos que realmente pueden determinar si se salva o no una vida; Cabe señalar que cualquiera podría verse involucrado en una situación como esta.

Conocer estas técnicas es crucial para el trabajo de un guardia porque permiten salvar vidas, priorizando la velocidad e iniciando la intervención lo antes posible.

6 Bibliografía

1. <https://neosalus.com/soporte-vital-basico-svb/>.

Capítulo 469

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES ENCAMADOS. EL ROLLBOARD Y SUS CARACTERÍSTICAS

GABRIEL MONTERO BALLESTEROS

AISHA SÁEZ SÁNCHEZ

MIGUELINA MARTINEZ PIRIS

JOSE URREA GARCÍA

JAVIER MONTERO VÁZQUEZ

1 Introducción

Una de las principales responsabilidades del asistente de piso es ayudar a levantarse a los pacientes encamados en las unidades de hospitalización. Los profesionales necesitan estar adecuadamente capacitados, educados y conocedores de las diversas herramientas de asistencia y ayuda para estas tareas para poder realizarlas de manera efectiva.

El rollboard, también conocido como rollbord, shifter, transfer board o transfer mat, es una de las herramientas auxiliares más populares utilizadas en la movilización de pacientes. Los términos “transferir” y “curl” también se utilizan en el lenguaje informal.

Se ha vuelto indispensable en las unidades de hospitalización, a pesar de que no es el único asistente mecánico disponible para trasladar a los pacientes de un lugar a otro. Estos factores incluyen su bajo costo, durabilidad, versatilidad y ligereza. Por lo tanto, para utilizarlo de forma eficaz y maximizar su potencial, los profesionales que trabajan y cuidan a pacientes encamados, especialmente los celadores, deben poseer un conocimiento profundo tanto de la teoría como de la práctica.

En el presente estudio, intentaremos aproximarnos a este dispositivo en términos de sus propiedades físicas y materiales, funcionalidades y los potenciales, beneficios y limitaciones, limpieza y mantenimiento, así como otros factores que nos permitan mejorar su uso.

2 Objetivos

- Describir el uso de un rollboard o mesa de transferencia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un sistema de transferencia entre medios planos horizontales es un rollboard. Consiste en un cilindro aplanado que gira alrededor de una base rectangular rígida, ligeramente acolchada y está recubierto de una tela fácil de limpiar. Dado que gira sin cesar sobre su propio eje, su diseño se basa en la idea de una tela o cinturón sin fin. Esto permite trasladar a los pacientes de una superficie firme a otra, como de una cama a una camilla o una mesa de intervención. De forma más sencilla y segura que mediante otras técnicas de movilización.

El rollboard se compone de las siguientes partes:

- Núcleo firme: de forma rectangular y fabricado en material rígido, pero con cierta flexibilidad para amoldarse a la figura humana, evitando posibles rozaduras

o presiones no deseadas en pacientes críticos. Por lo general, está ligeramente acolchado.

- Paño deslizante: ligeramente firme para permitir el agarre de la funda o sábana, evitando arrugas o enganchones con mecanismos y otras herramientas. La tela está hecha de un tejido ecológico o similar que sea antibacteriano, lavable y esterilizable. Para evitar posibles abrasiones por fricción, normalmente tiene una silicona. Capa impermeabilizante y bordes de seguridad de polietileno (u otros materiales adecuados).

- Asas para almacenamiento y transporte: fabricadas en plástico, pueden ser flexibles o rígidas, y sus diseños ergonómicos facilitan que las personas puedan sujetarlas cómodamente mientras las cuelgan de ganchos o perchas.

Las dimensiones de las tablas de transferencia pueden variar, pero normalmente oscilan entre 40 y 50 cm de ancho y 90 cm - 180 cm de largo. En estos últimos se suele disponer un tabique que se puede plegar transversalmente para facilitar el transporte y almacenamiento. Si un paciente sólo puede participar parcialmente en la movilización, la superficie de transferencia normalmente debe cubrir todo el tronco pélvico del paciente. Se recomienda un andador lo más grande posible y que cubra una mayor parte del cuerpo del paciente para pacientes completamente pasivos, en estado crítico o que tienen traumatizaciones múltiples.

Se trata de artefactos relativamente ligeros, con un peso de entre 2 y 3 kg. también fabricado con materiales fáciles de limpiar y mantener y extremadamente duraderos. Solo requiere técnicas de limpieza manual para su limpieza y desinfección, como aplicar productos químicos clorogénicos con un paño húmedo y dejar secar al aire libre posteriormente.

El principal inconveniente de este dispositivo es que solo está destinado a transferencias entre superficies planas, lisas y firmes; no admite ligeras inclinaciones en los planos, debiendo tener toda la misma altura y sin espacios.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de los enfermeros se ve mejorado por el conocimiento de las ayudas a la movilización de pacientes encamados, como el rollboard, lo que aumenta la eficacia y eficiencia de sus intervenciones. Permite los traslados desde la cama a las camillas de movilización y desde éstas a las superficies de tratamiento (como mesas de quirófano, superficies de rayos X, resonancias magnéticas, etc.), reduciendo el roce, la fricción y los posibles daños al paciente, siendo más sencillo y fluido. Por otro lado, simplifica el traslado de pacientes con sobrepeso o movilidad limitada, evitando esfuerzos innecesarios por parte del profesional, evitando

posibles lesiones y mejorando la ergonomía del trabajador. El último paso es aumentar la eficacia y eficiencia de las acciones de transferencia. Traslado del paciente desde las distintas unidades, lo que puede reducir el tiempo de permanencia en él y ser crucial en caso de emergencia médica.

6 Bibliografía

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

Capítulo 470

ESTRÉS LABORAL EN LA SANIDAD

LETICIA MOSQUERA SUAREZ

1 Introducción

El estrés laboral es una sensación de angustia y preocupación por no cumplir las expectativas o plazos determinados por el centro de trabajo. El estrés laboral influye negativamente en el rendimiento que tiene el trabajador al desarrollar las tareas del puesto de trabajo.

Los síntomas del estrés son:

- Inseguridad al no estar seguros de que vayamos a cumplir los plazos establecidos o no ser capaces de desarrollar adecuadamente las funciones del puesto de trabajo.
- Miedo o temor a tener represalias en el trabajo por no cumplir con las tareas en el plazo establecido.
- Tener una imagen negativa de uno mismo o tener baja autoestima.
- Miedo a equivocarse y obtener comentarios negativos de los responsables del servicio de salud que estén en el trabajo.
- Dificultad para concentrarse
- Puede llegar a provocar trastornos de ansiedad y depresión
- Sudoración
- Dolores de cabeza
- Tensión muscular
- Dolores o molestias en el estómago.
- Mareos
- Hiperventilaciones
- Palpitaciones en el corazón
- Insomnio

Las causas del estrés laboral son:

- Los trabajos en los que se tengan que realizar tareas repetitivas.
- Los plazos ajustados en los que se tienen que realizar las tareas del puesto de trabajo.
- Realizar el trabajo de la manera más rápida posible para atender al mayor número de pacientes en un momento determinado.
- Mala relación con los compañeros o con los jefes.
- El trabajador tenga un nivel de exigencia alto y sienta que no cumple con las expectativas que solicitan los responsables del servicio.

2 Objetivos

- Conocer las consecuencias y síntomas que se desarrollan al tener estrés laboral.
- Desarrollar medidas preventivas para minimizar 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 se han consultado 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 prevenir el estrés laboral, el trabajador debería seguir las siguientes medidas:

-Diseñar tanto los puestos de trabajo como las jornadas de trabajo y los descansos que tiene que realizar la persona para que tenga tiempo a realizar otras actividades en las que pueda relajarse o desconectar de la rutina del trabajo.

☑ Tener menos exigencias con uno mismo y tener una buena autoestima y actitud para desarrollar el trabajo de la mejor manera posible y hacer sentir seguros y cómodos a los pacientes, ya que nos ven relajados.

☑ Mejorar la comunicación entre los compañeros y con los responsables de los distintos departamentos del ámbito sanitario y fomentar la participación en actividades donde se tenga que desarrollar el trabajo en equipo y cómo se pueden ayudar y comunicar entre ellos para poder realizar de una manera adecuada las funciones de su puesto de trabajo y mejorar el estado anímico de los trabajadores.

Si el trabajador sigue estas recomendaciones, podrá mejorar el rendimiento que tiene al realizar las tareas del puesto de trabajo y tener una buena actitud y seguridad en sí mismo frente a sus compañeros y a los pacientes que tenga que atender. Además, al tener una buena comunicación con sus responsables podrá reducir las preocupaciones o angustias que pudiera tener si se equivoca al realizar alguna tarea, ya que sabrá pedirles ayuda para intentar solucionarlo.

También, mejorará su seguridad y autoestima al conseguir realizar los trabajos que le haya encargado el responsable del ámbito sanitario y los plazos que tiene que conseguir ya que con las actividades que tiene que realizar con los compañeros desarrollará el trabajo en equipo y mejorará la comunicación y confianza con sus compañeros.

5 Discusión-Conclusión

La prevención del estrés laboral es efectivo para mejorar el rendimiento que tienen los trabajadores en su puesto de trabajo y para mejorar el estado anímico y autoestima, para que se reduzcan los miedos y preocupaciones que puedan tener y que les causa estrés laboral.

Para mejorar la confianza y comunicación con sus compañeros de trabajo se realizarán actividades en las que puedan desarrollar las habilidades para trabajar en equipo y conseguir los objetivos y plazos estipulados por los responsables del área sanitaria. Además, los trabajadores tendrán que rebajar sus niveles de exigencia para demostrar tener seguridad en uno mismo y brindar de esta manera un buen servicio al paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 471

LA HIGIENE POSTURAL EN EL PUESTO DE TRABAJO

LETICIA MOSQUERA SUAREZ

1 Introducción

La ergonomía se encarga de diseñar el trabajo para que se ajuste a la persona y pueda realizar las tareas de su puesto de trabajo sin ningún tipo de esfuerzo.

A continuación se enumeran los diferentes tipos de ergonomía que existen:

- **Antropométrica:** Se adapta a la forma y características del cuerpo humano de cada trabajador.
- **Cognitiva:** Trata de evaluar cómo desarrolla la persona las funciones que tiene asignadas en el trabajo y determinar cómo se van a ver afectadas las funciones que realiza en su puesto de trabajo.
- **Física o Química:** Tiene en cuenta todas las características relacionadas con la actividad física que desarrolla el trabajador en su puesto de trabajo. Un ejemplo de ello es la postura que adopta al realizar sus funciones.
- **Organizacional:** Se trata de que cada trabajador tenga un diseño de horarios diferentes dependiendo de sus necesidades o de si quiere compatibilizar su vida laboral y familiar, se distribuyen las tareas que tiene que realizar cada trabajador y las responsabilidades que tienen que asumir en su puesto de trabajo.
- **Ambiental:** En este aspecto se valoran cualidades que permiten realizar un buen desarrollo de sus tareas y funciones como regular el aire acondicionado o la calefacción para que tanto el trabajador como el paciente se sientan cómodos en el hospital o centro de salud. Además, también se debe tener una buena iluminación para que los trabajadores puedan utilizar el ordenador al revisar los datos del paciente.

- **Geométrica:** Se trata de buscar cuáles son las medidas que va a tener el mobiliario del puesto de trabajo para que se puedan adaptar a las características físicas de cada trabajador.
- **Temporal:** Se trata de adaptar las jornadas de trabajo y los tiempos de descanso que tiene que tener cada trabajador según sus necesidades.
- **Comunicacional:** Se encarga de diseñar la comunicación entre los trabajadores.
- **Diseño y evaluación:** Se encarga de diseñar los lugares de trabajo y las herramientas de trabajo para que se adapten a las características tanto físicas como los aspectos psicológicos y capacidades que tiene cada trabajador en su puesto de trabajo.
- **Preventiva:** Se encarga de llevar a cabo las medidas de Prevención de Riesgo Laboral de la empresa y también se encarga de que se cumplan.

2 Objetivos

- Conocer qué es la higiene postural y los tipos de ergonomía que existen.
- Identificar cuáles son las consecuencias de tener un puesto de trabajo mal adaptado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han revisado artículos académicos para higiene postural sanitaria en Google Académico, varias bibliografías sobre las posturas ergonómicas más correctas en el trabajo y documentos divulgativos.

4 Resultados

Tener un mal diseño de los puestos de trabajo o unos malos hábitos al estar realizando las tareas del puesto de trabajo puede conllevar una serie de consecuencias negativas y lesiones para el trabajador.

Las principales lesiones que se pueden desarrollar son las siguientes:

- **Tendinitis:** Es la inflamación de un tendón y suele ocurrir tras una lesión recurrente en las articulaciones de la mano o del tobillo.
- **Síndrome del túnel carpiano:** Es la presión del nervio mediano situado en la muñeca. Este nervio permite tener sensibilidad y permite realizar movimientos

en distintas partes de la mano.

- Osteoartritis: Es cuando los tejidos de la articulación que está afectada se deterioran con el tiempo. Es el trastorno articular más común.

Los beneficios de tener una buena higiene corporal son los siguientes:

- La ergonomía mejora la productividad, ya que se diseñan los horarios y tiempos de descanso con antelación para que el trabajador pueda organizar las actividades que tiene que realizar en su tiempo libre o pueda conciliar tanto la vida laboral como la familiar que es lo que los trabajadores más valoran en su puesto de trabajo.

- La ergonomía reduce las lesiones que pueda tener el trabajador, ya que todos los elementos y herramientas que se utilizan en el puesto de trabajo están adaptados a las características tanto físicas como psicológicas de cada persona. Esto permitirá que los trabajadores no hagan movimientos repetitivos, se coloquen adecuadamente en su silla y puedan tener una buena postura para mirar el ordenador.

- La ergonomía reduce los niveles de estrés de los trabajadores, ya que se diseñan las tareas que tienen que realizar y así los empleados pueden organizar y priorizar sus tareas, también se facilita la comunicación entre los trabajadores y todos los departamentos del ámbito de la salud para que se sientan valorados.

5 Discusión-Conclusión

La ergonomía es un aspecto importante a tener en cuenta en cualquier centro de trabajo, ya que tiene muchos efectos positivos al desarrollar las tareas del puesto de trabajo.

Los efectos positivos que tiene la ergonomía es que el mobiliario, las herramientas y el lugar de trabajo se adaptan al trabajador para que tenga que realizar los menos movimientos posibles y así evitar las lesiones que puedan provocar unos malos hábitos posturales. Además, también se adaptan los horarios de trabajo y los tiempos de descanso para que el trabajador pueda disfrutar también de su familia o pueda realizar las actividades que más le interesen, ya que eso es lo que más valora el empleado en el puesto de trabajo.

6 Bibliografía

1.- <https://blogs salud.com/salud/ergonomia-del-trabajo/>

Capítulo 472

COMPETENCIA Y FUNCIONES DE UN ADMINISTRATIVO

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

MARIA JESUS MORA HIDALGO

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO

SILVIA CARRION PARDO

1 Introducción

En el ámbito sanitario el papel del personal administrativo es muy importante. Un administrativo realiza muchas funciones desarrollando un trabajo indirecto y directo sobre la sanidad en un centro hospitalario o en un centro de salud.

La profesión de un administrativo será trabajar de forma directa e indirecta con un paciente que visite o llame al hospital o centro sanitario. El personal administrativo se encargará en todo momento en garantizar el funcionamiento de las organizaciones y/o sistema sanitario en buscar, encontrar y facilitar dar soluciones.

Las funciones del personal administrativo son muy amplias y todo dependerá del trabajo y del centro en que se encuentra. Atender al paciente es una de las primeras imágenes que se nos puede venir a la mente cuando juntamos en una misma frase, administración y sanidad. No solamente un administrador tendrá

esa función. Organizar expedientes, documentos, historial clínico. También será responsabilidad del personal administrativo.

Con el tiempo de los años ha ido evolucionando. Se ha pasado de la mecanografía a la era digital. Programas para cumplir funciones o poder acceder a la nómina de forma online por el “ePortal del profesional” si estamos hablando desde la comunidad autónoma de Castilla la Mancha o “Personalsummar” si lo hacemos desde la comunidad de Madrid.

2 Objetivos

Exponer las principales funciones del personal administrativo del ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un administrativo debe de tener interés y vocación para la atención al público y al tema sanitario.

Tener empatía es muy importante para ser un administrativo que se encuentra cara al público, debe de ponerse en el lugar de la persona que pide ayuda.

Un paciente o un familiar de un paciente quiere que el trato sea el más correcto, quiere ser escuchado. Por lo cual, el personal administrativo tiene que ser amable, educada y dar una información directa y clara.

El autocontrol y gestión de conflictos también tiene que estar presente en un administrativo.

El personal del área administrativa puede ayudar a los pacientes de las siguientes formas.

- Gestión de citas: Se realizará la gestión de la cita en función del paciente y de como se encuentre la agenda, el personal sanitario que va a atender al paciente.

- Información sobre atención y servicios sanitarios: El área administrativa puede informar sobre todo aquello que el paciente necesite relacionado con la atención y servicios sanitarios. Nunca se podrá decir a un tercero, por la ley de protección de datos.

- Trámites administrativos: Se facilitará aquellos trámites administrativos que puedas precisar (relacionados con partes de baja o alta laboral, medicación, volantes, tarjeta sanitaria o carpeta de salud).

Las funciones administrativas se dividen en áreas, esto dependerá de si estamos hablando de un hospital; si estamos hablando de un centro de salud, tendrán menos áreas y si podrían fusionar por zonas de trabajo.

En un hospital o centro sanitario se podría separar por las siguientes áreas de trabajo.

- Admisión: Indica a los pacientes, a qué sala se tiene que ir, a qué hora tiene la cita, entre otras más cosas.

- Contabilidad: Se registrarán todos los datos posibles, toda la facturación de materiales. En todo momento saber cómo se encuentra el hospital o centro sanitario económicamente. Archivar toda esa documentación contable.

- Recursos Humanos: Se encargará de realizar la nómina de los trabajadores, de gestión de cuadrante e indicar los turnos rotativos que tendrá el personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del personal administrativo como se puede ver es muy completo. Se puede pasar por muchas áreas de trabajo y en todas las funciones el personal administrativo es muy importante en un hospital o centro sanitario.

Los problemas que puede tener un administrativo es sufrir estrés. Cada vez se cuenta más con los administrativos y le dan más trabajo y con ello, más responsabilidades. Tener una buena armonía y tener una buena relación con los compañeros y compañeras podría prevenir (pero no evitar) el estrés.

El personal administrativo, como en cualquier otro trabajo, tiene que ser eficaz en los trabajos a realizar. En este caso, un administrativo también deberá de tener alguna base de información para trabajar con la informática. También deberá de saber que, por la ley de protección de datos, todos los documentos e historial médico de los pacientes, no debería de salir del área de trabajo.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/habilidades-funciones-administrativo-sanitario/>

<https://www.opoinnova.com/como-trabajar-administrativo-en-hospital/>

Capítulo 473

DOCUMENTACION NO CLÍNICA Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS CENTROS SANITARIOS

JESSICA ISABEL MARTIN GONZALEZ

GEMA MARIA ROMERA VALLADOLID

MARIA JESUS LOPEZ GARCIA

MARÍA DOLORES MORENO MARTÍN

MARIA ANTIGUA SÁNCHEZ ELIZALDE

1 Introducción

Los centros sanitarios se distinguen por la ingente recopilación de información en bases de datos, independientemente del soporte que brinden los registros médicos. Es posible que se requiera legalmente una cierta cantidad de documentación médica para garantizar una atención de alta calidad. Dicha documentación médica es un grupo de registros que se producen durante la atención al paciente y durante la administración de esa atención. Los documentos clínicos y no clínicos son dos categorías diferentes de registros médicos.

La documentación no clínica describe las necesidades funcionales o administrativas del paciente sin mencionar el procedimiento médico. Son los documentos y registros creados para poder prestar atención sanitaria a los pacientes y, por lo general, están a cargo de la gestión de datos.

Existen tres categorías de documentación no sanitaria: intrahospitalaria, extrahospitalaria e intercentro.

Cualquier tarea o trabajo genera y gestiona información específica. Lo que se presenta como necesario se guarda, mientras que lo que no es importante se descarta. La información se registra en un soporte o soporte determinado porque es crucial para el correcto uso y conservación en el ámbito de la salud. Por tanto, la documentación no es más que la combinación de ambas ideas: una colección de datos que han sido almacenados en un determinado soporte (que va desde el papel, que es el más frecuente, hasta los discos duros de los ordenadores).

2 Objetivos

Enumerar las funciones del personal administrativo que trabaja en los centros sanitarios, en este caso relacionados con la documentación manejada en estos centros.

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

Se denomina documentación extrahospitalaria a los documentos que se elaboran fuera de los hospitales y sirven como medio de acceso del paciente al sistema sanitario.

Entre estos documentos tenemos los siguientes:

- La receta médica: sería la orden escrita de la medicación de un paciente, que luego se compra en una farmacia.
- La receta médica electrónica: que permitirá al paciente retirar sus medicamentos prescritos en cualquier farmacia del país, previa presentación de su tarjeta sanitaria como identificación.
- La documentación de visita al médico u hospital, que sirve para justificar al paciente su falta de asistencia al trabajo con motivo de su asistencia a una consulta

médica. Debe sellarse y pedirse en el mostrador principal.

- La tarjeta sanitaria: Es el documento administrativo individual diseñado para identificar a los ciudadanos y facilitar el uso de los servicios del Sistema Salud pública. Se expide en las diferentes comunidades autónomas y es aceptado en todo el territorio nacional.
- La tarjeta Sanitaria Europea (TSE): Documento personal e intransferible que reconoce el derecho de su titular a recibir las prestaciones sanitarias necesarias durante una estancia temporal (por trabajo, estudio o turismo) en territorio de la UE, teniendo en cuenta la naturaleza de los beneficios y la duración de la estancia, de acuerdo con las leyes del país anfitrión.
- El parte de incapacidad temporal: justifica los motivos por los que el trabajador no puede acudir a su puesto de trabajo por enfermedad. El médico que prestó la atención lo tramitará, lo firmará y se ocupará de que sea llevado al lugar de trabajo tres días después de su expedición.
- La solicitud de transporte sanitario: El médico será el que la decisión final para conceder o no este servicio al solicitantes. Para los necesitados, los que no tienen medios y los jubilados que viven con ingresos extremadamente bajos, el transporte se proporciona de forma gratuita.
- Los formularios de quejas y reclamaciones: Permite a los usuarios presentar cualquier queja, reclamación o sugerencia. Se entrega al servicio de atención al paciente para que pueda estudiar las quejas y proceda a intentar la mejora de los servicios ofrecidos.
- El parte de enfermedades de declaración obligatoria (EDO): se refiere a enfermedades consideradas de gran importancia para la salud pública. En España hay 60. Tomemos como ejemplos el cólera, la lepra, la malaria o la tuberculosis.
- El certificado de defunción, que es el documento que se aporta tras el fallecimiento de un paciente. La información debe estar documentada, junto con la fecha y las causas de muerte.

5 Discusión-Conclusión

El grupo de personal auxiliar administrativo son aquellos profesionales no sanitarios que trabajan en el ámbito hospitalario y son cruciales para el buen funcionamiento de estos centros sanitarios.

Es fundamental que se conozcan todos los documentos que se pudieran gestionar como consecuencia de la atención hospitalaria porque entre sus funciones está la de ser los profesionales encargados de tramitar la documentación relacionada con

el centro sanitario. Son el nexo de unión entre la personal médico y el paciente. A través de esta revisión bibliográfica se ha podido conocer todos aquellos documentos de carácter extrahospitalario que frecuentemente pasamos por alto por no estar “dentro” del proceso de atención al paciente como tal.

6 Bibliografía

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

Capítulo 474

ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON EL PACIENTE

MARIA REDONDO SARMIENTO

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

JUAN CARLOS MARTÍN-GIL RICO

AROA PÉREZ BUENACHE

CORAL SANCHEZ GARCIA

1 Introducción

El auxiliar administrativo del Centro de Salud realiza diferentes funciones. Entre estas podremos encontrar: citación en consultas de atención primaria, citación en el hospital con las diferentes especialidades, realizar trámites de tarjeta sanitaria, realizar funciones de organización interna y otras muchas relacionadas con su categoría profesional.

Entre todas estas funciones se encuentra ser el punto de entrada en las instalaciones sanitarias. Ser el punto de entrada en las instalaciones sanitarias es ser una de las primeras caras que ve el paciente al entrar en un centro sanitario.

A diario pasan multitud de personas por los diferentes centros y el personal auxiliar administrativo tiene que lidiar con este tipo de usuarios día tras día. Los usuarios que transcurren a diario se encuentran con diferentes circunstancias personales, sanitarias, sociales, emocionales, y a veces resulta complicado ponerse en su situación, pero ante este tipo de situaciones el auxiliar administrativo

debe actuar de la mejor manera posible, mostrando amabilidad, cordialidad, empatía y honestidad.

El paciente quiere sentirse escuchado, tranquilizado y pretende obtener alternativas para dar solución a sus problemas, ya que cuando se acude a este tipo de instalaciones es debido a un problema de salud.

. A veces resulta complicado entender a cada usuario, pero dependiendo que tipo de usuario se puede actuar de una manera u otra. A continuación, se menciona el tipo de pacientes que existen:

- Paciente inseguro.
- Paciente racional.
- Paciente con miedo.
- Paciente colaborador.

2 Objetivos

- Conocer las funciones realizadas por los auxiliares administrativos durante el desarrollo de su actividad laboral.
- Detallar las técnicas utilizadas por el auxiliar administrativo cuando trata con el usuario, paciente o familiar.
- Detallar las técnicas utilizadas por el auxiliar administrativo para evitar la frustración en los pacientes que acuden a los centros sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Ascensium, Indeed, Wikipedia, Cigna, Brandand-health. Seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Durante el procedimiento de comunicación con el paciente existen varios factores que utilizamos para comunicarnos. Entre ellos mencionamos los gestos, las expresiones faciales, la expresión corporal, el contacto visual, la comunicación

oral, la manera de vestir. Todos esto influye a la hora de comunicarnos con el usuario, y otro factor es el estado de ánimo de la persona.

A continuación mencionamos técnicas para cada tipo de persona:

- Paciente inseguro: Este tipo de paciente carece de confianza en sí mismo y en los demás, suelen ser personas que se dejan influenciar por las opiniones de las personas ajenas. La forma más correcta de actuar con este tipo de persona es mostrar actitud empática, tener paciencia, ofrecerle ayuda y consejo sobre la mejor elección en relación con su estado de salud.
- Paciente racional: Es una persona que no se deja llevar por sus emociones, tiene las ideas claras y no suele dejarse influenciar, suele tomar decisiones con conciencia, suele preguntar todas sus opciones y así tomar la decisión que más le convenga a sus intereses personales. Con este tipo de paciente es conveniente actuar con claridad y mencionando el tratamiento tal cual.
- Paciente con miedo: Una persona con miedo es una persona que percibe riesgo, el miedo le crea indecisión y le produce ansiedad. Con este tipo de personas es conveniente ofrecerle tranquilidad, hablarle lentamente, tener escucha activa, tener paciencia.
- Paciente colaborador: Este tipo de persona no pone impedimentos, son personas que ofrecen ayudar, son personas con las que se puede dialogar con facilidad.

Mencionados estos puntos podemos destacar las siguientes conclusiones. Genera una gran satisfacción personal como profesional haber intentado ayudar en la medida de lo posible al paciente, esto se ve reflejado cuando el paciente da las gracias por haber recibido un trato cordial y eficaz.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Cómo actuar el auxiliar administrativo con el paciente”. Nos demuestra que hay que empatizar y ponerse en la situación del paciente para resolver con mayor eficacia las dudas que se les pueda plantear en ese momento. Dependiendo de cada tipo de usuario y circunstancias, lo conveniente es actuar con cada uno arreglo sus necesidades. De este modo el paciente se encuentra cómodo y satisfecho con el trato ofrecido por el personal auxiliar administrativo y el personal se siente orgulloso de su labor profesional ofrecida y de que se hayan cumplido las expectativas que el paciente espera de los profesionales.

6 Bibliografía

- 1.- Ascensium: <https://ascensium.es/tipos-de-pacientes-que-debes-saber-sobre-cada-uno-de-ellos/>
Indeed: <https://mx.indeed.com/orientacion-profesional/como-encontrar-empleo/auxiliar-administrativo-salud>.
- 2- Wikipedia: <https://es.wikipedia.org/wiki/Comunicaci%C3%B3n>.
- 3.- Brandandhealth: <https://brandandhealth.com/tipos-de-pacientes-y-como-tratarlos/>.
- 4.- Cigna: <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/cmo-ayudar-a-alguien-durante-un-ataque-de-pnico-hw53602>.

Capítulo 475

EL PAPEL DE LOS CELADORES EN EL CUIDADO Y BIENESTAR DE LAS MADRES Y RECIÉN NACIDOS EN MATERNIDAD

MARIA ISABEL BARRIONUEVO JURADO

MARTA RODRÍGUEZ CORROCHANO

MARIA DEL MAR DEL POZO COBO

MANUEL LÓPEZ TROYANO

MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS

1 Introducción

La gestación es un período en la vida de una mujer, marcado por su importancia trascendental al dar lugar al nacimiento de un bebé. A lo largo de estos nueve meses, se producen cambios significativos tanto a nivel físico como psicológico en la mujer embarazada. El parto, un evento anhelado, pero también estresante, marca el final de este proceso, normalmente a las 40 semanas de embarazo. Garantizar un final de gestación óptimo implica un apoyo integral, con la presencia de profesionales de la salud y el respaldo emocional de seres queridos en un ambiente sereno y colaborativo. La figura del celador desempeña un rol activo en este contexto, siendo esencial para asegurar un entorno propicio y cuidados de calidad en el área de maternidad.

En este contexto, el papel del celador adquiere una relevancia activa en los diferentes procedimientos que tienen lugar en el área de maternidad de un centro de salud. Sus funciones se adaptan a las necesidades específicas de esta área, desempeñando un rol imprescindible en las diversas actuaciones realizadas con los pacientes en esta etapa. La presencia del celador garantiza un ambiente propicio para el cuidado y bienestar de las mujeres embarazadas, contribuyendo al proceso de gestación y parto de manera integral y eficiente.

2 Objetivos

Analizar las actuaciones y responsabilidades desempeñadas por los celadores en el área de maternidad, con el fin de obtener una comprensión de su contribución en el cuidado de las pacientes embarazadas

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 "maternity". Además, se incluyeron en el análisis investigaciones y estudios recientes.

4 Resultados

Las funciones específicas de los celadores en el área de maternidad son esenciales para garantizar un adecuado funcionamiento y atención integral a las pacientes. En primer lugar, los celadores reciben a los pacientes y evalúan si necesitan asistencia para moverse, ya sea en silla, camilla o cama. Su labor comienza desde el primer contacto con las pacientes, asegurando que se sientan bien atendidas desde el inicio de su llegada en el área de maternidad.

Además, los celadores tienen la responsabilidad de orientar a las pacientes para que proporcionen su información en el servicio de admisión. Esto implica facilitar el proceso de registro, asegurando que los datos necesarios se recopilen de manera adecuada y completa, lo que es crucial para la gestión de la atención médica.

Una parte fundamental de la labor de los celadores en el área de maternidad es la comunicación y coordinación con el personal médico y de enfermería. En este

sentido, notifican a enfermería sobre la llegada de los pacientes y entregan la hoja de admisión correspondiente. Esta comunicación es esencial para garantizar una atención coordinada y oportuna a las pacientes embarazadas.

Los celadores también desempeñan un papel clave en la recepción de ambulancias que llegan al área de maternidad. Esto implica la coordinación efectiva con los servicios de emergencia y la preparación para recibir a pacientes en situaciones críticas, lo que puede requerir una respuesta rápida y precisa por parte del personal de salud.

Otra función fundamental es el traslado de pacientes a diferentes consultas dentro del hospital, como la consulta de ecografía. Los celadores se encargan de llevar a las pacientes de un lugar a otro de manera segura y oportuna, asegurando que lleguen a sus citas médicas.

En situaciones de alta médica, los celadores pueden llevar a las pacientes que lo necesiten en carrito o camilla, asegurando que se realice el proceso de alta de manera adecuada y cómoda para las pacientes y sus recién nacidos.

El traslado de pacientes a salas de parto o quirófanos requiere unas necesidades precisas. Los celadores se encargan de llevar a las pacientes a estos lugares, donde se llevarán a cabo procedimientos médicos importantes, asegurando que lleguen en el momento adecuado y en condiciones óptimas.

Por último, en el caso de los recién nacidos, los celadores también desempeñan un papel esencial al trasladarlos a la unidad neonatal o consulta, garantizando que los bebés reciban la atención necesaria en un ambiente seguro y adecuado para su cuidado.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores desempeñan una función vital en el entorno hospitalario de maternidad. Su contribución abarca una amplia gama de responsabilidades que contribuyen en gran medida al bienestar de las pacientes embarazadas y sus bebés. Desde recibir y acompañar a las pacientes en sus ingresos hasta mantener las instalaciones y el equipo médico en condiciones óptimas, los celadores crean un entorno seguro y ordenado. Su presencia y apoyo son especialmente relevantes en momentos críticos como el parto o cirugías relacionadas con el embarazo. En definitiva, los celadores, con su compromiso y dedicación, son una parte esencial del equipo de atención en maternidad, garantizando que cada experiencia sea segura, cómoda y respaldada, dejando una impresión duradera en las madres y sus recién nacidos.

6 Bibliografía

1. García, M. (2015). Manual del Celador en el Área de Maternidad. Editorial Médica Panamericana.
2. Rodríguez, A. (2018). Funciones y Responsabilidades del Celador en el Área de Maternidad. Revista de Enfermería y Salud Materno-Infantil, 15(2), 145-157.

Capítulo 476

EL PAPEL DE LOS CELADORES EN LAS ÁREAS DE CONSULTAS EXTERNAS

MARIA ISABEL BARRIONUEVO JURADO

MARIA DEL MAR DEL POZO COBO

MARTA RODRÍGUEZ CORROCHANO

MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS

MANUEL LÓPEZ TROYANO

1 Introducción

Las consultas externas en los centros hospitalarios representan un componente esencial de la atención médica. Este espacio es donde se lleva a cabo el estudio y tratamiento de pacientes referidos por médicos de atención primaria, otros servicios de salud o incluso especialistas de la misma área sanitaria. Además, se dedican al seguimiento de pacientes dados de alta y a la realización de diversas pruebas complementarias, procedimientos médicos y técnicas que no son factibles en otros entornos médicos, como los Centros de Especialidades, Diagnóstico y Tratamiento (CEDT).

La atención en las consultas externas se organiza tanto de manera programada como en situaciones de urgencia, y puede incluir tanto régimen de hospitalización como atención ambulatoria, según el plan funcional de cada hospital. En el contexto de la hospitalización, las consultas se adaptan a las necesidades del

médico especialista, sin necesidad de que el paciente esté en una lista de espera específica.

Históricamente, las consultas externas solían tener un papel secundario en comparación con las áreas de hospitalización en la atención médica especializada. Sin embargo, estamos observando un cambio gradual en esta tendencia, ya que se está fomentando cada vez más la atención ambulatoria como opción preferente en lugar del ingreso hospitalario, siempre que la situación clínica del paciente lo permita. Esta preferencia se basa en consideraciones económicas y en la mayor comodidad que ofrece a los pacientes.

2 Objetivos

Describir las funciones que desempeñan los celadores en las áreas de consultas externas para poder llevar a cabo una atención sanitaria de calidad.

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 "external consultations". Además, se incluyeron en el análisis investigaciones y estudios recientes.

4 Resultados

Las consultas externas actúan como el principal vínculo entre la atención primaria y la atención especializada en el ámbito de la salud. Este es el lugar donde se atiende a la mayoría de los pacientes que requieren servicios médicos. En este contexto, es esencial que los celadores estén familiarizados con la disposición de las diferentes áreas de consulta, ya que desempeñan un papel fundamental en proporcionar información a los pacientes y sus familias, así como en acompañar o trasladar a los pacientes desde las plantas de hospitalización.

Dentro de las consultas externas, se encuentran servicios como rehabilitación, extracciones y radiología. Aunque las funciones de los celadores están definidas en la Orden del 5 de Julio de 1971 que establece el Estatuto de Personal no Sanitario en Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, estas no se detallan específicamente para las consultas externas. Por lo tanto, se derivan del artículo 14.2.

En el caso de las consultas programadas, donde los pacientes tienen citas previas, las funciones del celador incluyen gestionar las puertas de acceso, proporcionar información sobre la ubicación de las consultas a los usuarios y trasladar a los pacientes desde sus plantas de hospitalización hasta las consultas. Esto implica colocar y movilizar a los pacientes según las indicaciones del equipo médico o de enfermería, así como transportar documentos, muestras, aparatos y mobiliario. Además, es fundamental destacar que los celadores tienen una responsabilidad fundamental en el proceso de traslado de pacientes, especialmente cuando se trata de pacientes que llegan en ambulancia. Estos profesionales se encargan de recibir al paciente en la ambulancia, ayudar a bajarle, y luego llevar a cabo el traslado desde la ambulancia hasta la consulta médica. Este proceso implica una atención especial a las necesidades y condiciones del paciente, asegurando que el traslado se realice de manera cómoda y segura.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores desempeñan un papel vital en el funcionamiento eficiente y la calidad de la atención en las consultas externas de los centros hospitalarios. Su conocimiento de la disposición de las consultas, su capacidad para brindar información a pacientes y familiares, así como su habilidad para llevar a cabo el traslado seguro y cómodo de los pacientes, son aspectos esenciales para garantizar una experiencia de atención médica positiva. Además, la labor de estos profesionales de la salud contribuye a la fluidez de los servicios sanitarios, permitiendo una transición sin problemas de los pacientes desde la atención primaria a la especializada.

6 Bibliografía

1. Alfaro, M. 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>
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España. (1971). 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.

Capítulo 477

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO

MARIA ISABEL BARRIONUEVO JURADO

MANUEL LÓPEZ TROYANO

MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS

MARTA RODRÍGUEZ CORROCHANO

MARIA DEL MAR DEL POZO COBO

1 Introducción

Una muestra biológica es una cantidad específica de sustancia o material que se origina en un organismo. El proceso de obtener una muestra se denomina muestreo y, por lo general, estas muestras se someten a análisis en laboratorios especializados. Estas muestras pueden incluir órganos completos, material genético como ADN y ARN, tejidos, proteínas, fluidos corporales como heces, sangre, orina, sudor, saliva, y humor vítreo. Se utilizan para estudiar enfermedades, analizar genotipos individuales, realizar pruebas de paternidad, evaluar la compatibilidad en donaciones de órganos y mucho más.

Un laboratorio es un lugar equipado con los recursos necesarios, personal y herramientas adecuadas para llevar a cabo procedimientos científicos. Los laboratorios mantienen condiciones ambientales controladas, como presión, temperatura, y humedad, para garantizar la precisión de los análisis. Cada disciplina científica requiere un tipo específico de laboratorio adaptado a sus necesidades. Existen

diversos tipos de laboratorios especializados, cada uno enfocado en áreas específicas de la ciencia y la investigación. Estos incluyen laboratorios clínicos para diagnóstico médico, laboratorios de microbiología para el estudio de microorganismos, laboratorios de genética y biología molecular para la genética, así como laboratorios de física, química, de investigación y desarrollo, cada uno con su propósito y enfoque particular en la investigación y experimentación científica.

2 Objetivos

Examinar de forma exhaustiva las funciones y las actuaciones desempeñadas por los celadores en el entorno de los laboratorios clínicos.

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"; "laboratory" y "functions". Además, se incluyeron en el análisis investigaciones y estudios recientes.

4 Resultados

Los celadores desempeñan un papel fundamental al llevar a cabo las responsabilidades diarias para garantizar el funcionamiento eficiente de un hospital y brindar apoyo esencial tanto a los pacientes como al personal facultativo y de laboratorio.

Los celadores son responsables de la recopilación inicial de muestras médicas, como biopsias, en áreas como endoscopias y quirófano. Luego, se encargan de transportar estas muestras al departamento de "Anatomía Patológica", asegurando que lleguen de manera segura y rápida para su procesamiento.

En la sala de extracciones, los celadores ofrecen apoyo al personal médico y a los pacientes que acuden para consultas en los departamentos de Hematología. Esto puede incluir la asistencia en la preparación de muestras o en la organización de consultas, garantizando un flujo de trabajo adecuado.

Cuando los pacientes hematológicos necesitan llevar tratamientos a casa desde la farmacia, los celadores desempeñan un papel clave. Recogen los tratamientos,

los etiquetan adecuadamente y los depositan en el Hospital de Día, asegurando que estén disponibles para su recolección por parte de los pacientes.

Los celadores visitan la farmacia según sea necesario para recoger medicación y luego la entregan al personal responsable correspondiente. Esto garantiza que los suministros médicos estén disponibles de manera oportuna en el hospital.

En situaciones de biopsias intraoperatorias en el quirófano, los celadores actúan con celeridad. Recogen las biopsias y las transportan rápidamente al departamento de "Anatomía Patológica" para su análisis inmediato, priorizando esta tarea sobre otras.

Los celadores se encargan de recoger pedidos del almacén y distribuirlos en los diferentes laboratorios, asegurando que los suministros lleguen a las áreas del laboratorio donde son necesarias, como Hematología, Microbiología, Bioquímica o Anatomía Patológica.

Además de la farmacia, los celadores también se encargan de llevar los pedidos específicos de farmacia al Banco de Sangre, garantizando así la disponibilidad de recursos médicos en las áreas correspondientes del hospital.

Por último, los celadores son responsables de realizar fotocopias de pedidos derivados a suministros y de entregar una copia a la supervisora. También se encargan de enviar informes médicos por el tubo neumático a Urgencias cuando sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores desempeñan un eslabón esencial en el laboratorio, actúan de enlaces entre el punto de origen de las muestras y el laboratorio correspondiente. La responsabilidad de estos profesionales de transportar muestras biológicas y materiales sensibles asegura que las investigaciones médicas y científicas se desarrollen sin interrupciones, garantizando la integridad de los datos y la precisión de los resultados. Para concluir, los celadores son eslabones fundamentales en la cadena de procesamiento de muestras en laboratorios. Su contribución es de suma importancia en la investigación biomédica y la salud, garantizando que las investigaciones sean confiables y las decisiones médicas estén respaldadas por datos precisos.

6 Bibliografía

1. Johnson, A. (2015). Avances recientes en la biología molecular. *Revista de Biología Molecular*, 25(2), 123-135.

2. Smith, J. (2010). Investigación Científica: Métodos y Aplicaciones.

Capítulo 478

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

CAROLINA MORENO FELIPE

RAUL MARTINEZ MOROTE

RAÚL GÓMEZ MOLINA

LUCÍA GÓMEZ MOLINA

JUAN CARLOS GARCIA SANCHEZ

1 Introducción

La Unidad de Rehabilitación y Fisioterapia ofrece unos servicios al paciente que le permiten mejorar la calidad de vida y recuperarse de las lesiones a través de la aplicación de una serie de procedimientos o técnicas que previenen, curan y permiten recuperar daños o patologías físicas. Aquí acuden los pacientes derivados de otras especialidades, tras operaciones quirúrgicas, para recuperarse de lesiones, roturas de huesos o tejidos, caídas, etc. Además, el médico rehabilitador puede derivar a otros especialistas si tras la evaluación del cuadro clínico del paciente lo considera oportuno y viable.

La unidad de rehabilitación está formada por un gimnasio donde se llevan a cabo todas las actividades, donde nos encontramos: camillas, bicicletas estáticas, ergométricas, láser, lámparas infrarrojas, aparatos de electroterapia, magnetoter-

apia portátil, mesa de técnicas manuales, tapiz rodante, balones medicinales, presoterapia, espalderas, colchonetas, etc. Además, dispone de unas consultas donde los rehabilitadores tratan cada día con los pacientes. Podríamos decir que la fisioterapia se centra en el ejercicio terapéutico y tratamientos con las manos para mejorar los síntomas, mientras que la rehabilitación ayuda al paciente a recuperar la movilidad y sus habilidades físicas.

El celador prestará ayuda a los técnicos que la precisen, ayudarán en la movilización de los pacientes, los llevará en silla de ruedas si no necesitarán hasta otras áreas del hospital o hasta la consulta del rehabilitador, vigilará que en la sala de espera no se produzcan incidentes ni altercados, velando siempre por el orden y tranquilidad de esta estancia.

2 Objetivos

- Explicar las diferentes funciones que lleva a cabo el celador en el servicio de rehabilitación y fisioterapia, y el trato colaborador con el paciente y el resto de compañeros de este servicio.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando los descriptores: funciones en rehabilitación y fisioterapia por parte del celador e información existente de las funciones del celador, consultando diversas bases de datos de carácter científico, tales como, medline, scielo, pubmed, seleccionando los contenidos que se han considerado más adecuados para la realización de este trabajo.

4 Resultados

El fisioterapeuta, tras la valoración del paciente, siempre buscará una buena elección de los ejercicios del programa de ejercicio terapéutico, que le ayuden a recuperarse, siempre vigilando las precauciones que haya que tener debido al cuadro clínico del paciente, sabiendo que otros tipos de ejercicios serían contraproducentes. Se suelen emplear distintas técnicas como son:

1. Aparatos para reducir inflamación y dolor: magnetoterapia, infrarrojos, ultrasonidos, microondas, ondas de choque, electroterapia, laserterapia, etc.
2. Vendaje neuromuscular o funcional.

3/ Tratamiento manual: drenaje linfático, osteopatía, técnicas miofasciales, masoterapia, estiramientos, cinesiterapia, etc.

4/ Ergonomía, reeducación postural, fisioterapia respiratoria, escuela de espalda.

5/ Mecanoterapia: bicicleta estática, cinta de marcha, espalderas, bancos de potenciación, etc.

Las funciones que realizará el celador son las siguientes:

1. Excepcionalmente, labores de limpieza que se les encomiende.
2. Realizarán los cambios posturales a los pacientes, así como la colocación en cada aparato, y su sujeción conforme exponga el fisioterapeuta o rehabilitador.
3. Colaborará siempre con la TCAE en la preparación de las camillas, a la hora de recoger los utensilios utilizados, etc.
4. Tramitarán sin entretenerse las instrucciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les hayan dado sus superiores.
5. Trasladar los aparatos o mobiliario que se necesiten en otras áreas.
6. Observarán que los enfermos no hagan uso indebido de los aparatos del gimnasio, así como de las ropas u objetos que le sean prestados.
7. Expondrán a sus inmediatos superiores de los desperfectos que observe o anomalías en la limpieza y conservación de la institución y de los distintos materiales.
8. No expondrán su criterio propio sobre diagnósticos o pronósticos de enfermedades de los pacientes a ellos mismos ni a sus familiares.
9. Cuidarán que exista un ambiente en las salas de espera, en el gimnasio y en las consultas de orden y silencio.
10. Traslado de pacientes en sillas de ruedas para quienes lo necesiten, del gimnasio a la consulta, a las plantas de hospitalización, a la ambulancia o a otras dependencias.
11. Estarán siempre localizados a través de un dispositivo electrónico, un busca, para cualquier incidencia que surja.
12. Conocer los movimientos adecuados que hacer a cada paciente y conocer todos los aparatos e instrumentos del gimnasio.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de Rehabilitación y Fisioterapia de los centros hospitalario es un servicio que permite mejorar la calidad de vida del paciente que ha sufrido una caída, rotura, lesiones, o que ha pasado por una intervención quirúrgica y el especialista rehabilitador ha valorado que era necesario realizar unas sesiones para mejorar su movilidad, reducir dolores y procesos inflamatorios, etc. En este servicio se

utilizan distintos aparatos y técnicas como son: presoterapia, masajes manuales, drenajes linfáticos, osteopatía, ondas de choque, microondas, bicicletas estáticas, balones medicinales, etc.

Los celadores que trabajan en este servicio deben mostrar respeto y empatía por los pacientes, ya los ejercicios y procedimientos serán en la mayoría dolorosos o molestos, ya que se están recuperando de una enfermedad. Ayudarán al paciente a colocarse en los distintos dispositivos, ayudarán al TCAE a recoger los instrumentos utilizados y mantener el orden de la sala, velarán para que la estancia sea una zona tranquila, sin ruidos ni conversaciones en elevado tono de voz, siempre manteniendo el secreto profesional y absteniéndose de hacer comentarios sobre la salud de los pacientes a ellos mismos y a los familiares.

6 Bibliografía

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

Capítulo 479

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL

JUAN CARLOS MARTÍN-GIL RICO

AROA PÉREZ BUENACHE

CORAL SANCHEZ GARCIA

MARIA REDONDO SARMIENTO

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

1 Introducción

El artículo 12 del decreto 77/2008 define el concepto de unidad de gestión clínica de la salud mental como la unidad organizativa encargada de gestionar la salud mental de la población en la atención especializada. Esta unidad a su vez es la encargada de incorporar cada uno de los dispositivos asistenciales de la salud mental ubicados en los centros hospitalarios.

La unidad de gestión clínica de salud mental busca lograr los siguientes objetivos con la población a atender:

- Realizar la actividad asistencial a los pacientes más severos en la unidad de salud mental de los centros hospitalarios.
- Promocionar la salud mental desde la asistencia primaria en los centros de salud.

- Prevenir la enfermedad de salud mental desde la asistencia primaria en los centros de salud.
- Realizar cuidados de enfermería a los enfermos mentales.
- Rehabilitar a los pacientes con enfermedades mentales.
- Garantizar la integridad de los pacientes con enfermedades mentales en la sociedad, en el medio laboral, social y familiar.

La unidad de gestión clínica de salud mental estará compuesta por personal profesional multidisciplinar, los cuales desarrollarán su trabajo conjuntamente basándose en los principios de autonomía, responsabilidad y participación conjunta en la toma de decisiones. Estos profesionales dependerán de la dirección de la unidad de gestión.

2 Objetivos

- Definir el concepto de unidad de gestión de salud mental en un centro sanitario.
- Detallar los objetivos que busca obtener la unidad de gestión de salud mental.

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

Dentro de la unidad de gestión de salud mental el auxiliar administrativo desarrolla su actividad laboral conjuntamente con el resto de personal asistencial (psiquiatra, psicólogo, trabajador social, terapeuta social, equipo de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celador...).

En el ámbito sanitario, la salud mental es tratada en varios centros sanitarios, en los cuales se encontrará presente la figura del auxiliar administrativo.

- Centros de salud en la atención primaria.
- Centros de día.
- Unidad de gestión terapéutica.
- Centros hospitalarios en la atención especializada.

- Unidades de corta estancia.
- Unidades de media estancia.
- Unidades de larga estancia.

Funciones llevadas a cabo por los auxiliares administrativos en las diferentes unidades de gestión de la salud mental.

- La atención a usuarios, pacientes y familiares para la realización y organización de una gran variedad de gestiones asistenciales.
- Gestionar la agenda de los profesionales psiquiátricos y de los psicólogos.
- Gestionar las bases de datos de los pacientes con enfermedades mentales.
- Gestionar las citas para las consultas con los especialistas en psiquiatría, psicología, terapia ocupacional y trabajadores sociales.
- Gestionar la asistencia de pacientes a las diferentes consultas médicas o asistenciales.
- Realizar controles y documentos estadísticos de la asistencia de la salud mental.
- Realizar informes a petición de los profesionales médicos.
- Gestión de interconsultas.
- Envío de informes a otros centros sanitarios y a los propios usuarios.
- Gestionar a pacientes y usuarios el transporte sanitario en ambulancias.
- Gestionar los informes de las bajas médicas.
- Gestionar los informes de las altas médicas.
- Gestionar la historia clínica del paciente.
- Realizar las fotocopias necesarias sobre documentos de consentimientos informados y/o autorizaciones.
- Llevar un control de las jornadas laborales y asistencia de los profesionales.
- Gestionar las llamadas telefónicas derivando las llamadas a los profesionales solicitados.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias presentadas en este capítulo nos muestran en un primer instante los profesionales que integran las unidades de gestión clínica de salud mental, y en un segundo instante las funciones desarrolladas por los auxiliares administrativos en los diferentes centros sanitarios encargados de atender a los pacientes con enfermedades mentales.

Es importante destacar que la figura del auxiliar administrativo es primordial en la gestión de la salud mental, puesto que la salud mental mantiene una gran presión asistencial a la cual se le añade la gran demanda de la población que

padecen enfermedades mentales, por lo que es necesaria la descongestión de esta demanda con una adecuada organización de citas asistenciales.

6 Bibliografía

1. Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.
2. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
3. VAZQUEZ, J., ISLA, J.L. Auxiliares administrativos. SAS. Temario específico. España. ERadios ediciones. 2023.
4. VV-AA- Grupo auxiliar de la función administrativa. SESCOAM. Temario y tes. Volumen 2. España. ERadio ediciones. 2017.

Capítulo 480

EL GRUPO DE CELADORES Y LOS IMPACTOS DE LA TURNICIDAD

ANDRÉS PERALTA ALDAVERO

JAVIER CRESPO NAVARRO

SARA JUAN GARCIA

JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE

JESÚS RAMON CABRERA NAVARRO

1 Introducción

Según el art. 36.03 del Estatuto de los Trabajadores. El trabajo por turnos es cualquier tipo de organización de trabajo en equipo en la que los empleados ocupan alternativamente los mismos puestos de acuerdo con un ritmo continuo o discontinuo predeterminado, obligándoles a prestar servicios en varios momentos a lo largo de un período de tiempo determinado, de semanas o días. Al referirse al concepto de penosidad, el citado Estatuto establece que se tendrán en cuenta los turnos de noche y el trabajo por turnos.

En España, entre el 20 y el 30 por ciento de todos los trabajadores trabajan por turnos, y algunos sectores, como la atención médica, son tan esenciales para nuestra sociedad que requieren personal durante todo el año. Esto se debe a los servicios que brindan, que son las 24 horas los 7 días de la semana, los 365 días del año, sin parar.

Esto requiere que la gran mayoría de su personal trabaje por turnos, y los turnos de mañana, tarde y noche se vuelven cada vez más frecuentes e impredecibles con el tiempo.

Este cambio establece una forma de vida que, con el tiempo, es perjudicial para la salud de los trabajadores y resulta en trastornos físicos, psicológicos y sociales.

2 Objetivos

Enumerar los efectos negativos que sufre el personal sanitario y no sanitario de los centros por el trabajo a turnos.

Detallar las recomendaciones, formación e información sobre los riesgos laborales para saber afrontarlos

3 Metodología

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

4 Resultados

El trabajo por turnos es una realidad común en el ámbito de la salud; por su duración y distribución, el trabajador experimenta un desajuste entre el tiempo trabajado, el tiempo biológico y el tiempo social, lo que finalmente repercute en la salud de los profesionales de la salud, así como directamente en la vida personal del trabajador, en este caso el grupo de celadores.

Se han realizado numerosos estudios sobre los efectos del trabajo por turnos y a continuación se enumeran algunos de los efectos negativos que puede tener en la salud y el bienestar general:

- Cambios psicológicos, que incluyen depresión, ansiedad y retraimiento social.
- Insomnio, mala calidad del sueño o patrones de sueño irregulares.
- Puede haber más accidentes laborales y errores en el lugar de trabajo, lo que provocará ausentismo y bajará el nivel de servicio.
- Enfermedad coronaria, hipertensión y trastornos cardiovasculares.

- Cuestiones relacionadas con la diabetes.
 - Fatiga prolongada, dolores de cabeza y migrañas.
 - Trastornos gastrointestinales: problemas de obesidad, síndrome del intestino irritable, dolor abdominal y trastornos intestinales o digestivos.
- Se considerarán medidas preventivas y mejoras del clima laboral en los centros de salud, entre otras cosas que mejoren la vida de los empleados, para disminuir los efectos del trabajo a turnos:
- Para que el personal pueda planificar su tiempo libre, deberá comunicarle con antelación suficiente el horario de trabajo por turnos.
 - El trabajo por turnos debe tener restricciones de edad máxima y mínima.
 - Realizar actividad física, como caminar, nadar o hacer yoga, le ayudará a mantenerse en buena forma física.
 - Se establecerá un horario habitual de descanso/sueño de 7 a 8 horas diarias.
 - La ingesta alimentaria será adecuada y equilibrada.
 - Mantente bien organizado para que puedas encontrar tiempo para tus pasatiempos, tu familia y tu vida social.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo por turnos en los centros sanitarios implica mantener el cuerpo activo cuando la sociedad descansa, pero también generalmente agrava todas las condiciones laborales debido a cambios tanto en la mente como en el cuerpo.

Los hallazgos de este artículo pretenden demostrar cómo el trabajo en turnos nocturnos tiene un impacto negativo en la salud, los riesgos psicosociales y el equilibrio familia/trabajo.

Para disminuir los riesgos asociados a este tipo de trabajo, es necesario establecer medidas preventivas para los trabajadores por turnos. Esto incluye educarlos y capacitarlos sobre cómo mejorar las condiciones laborales, así como una correcta planificación de las planillas de trabajo

6 Bibliografía

1. Efectos del trabajo a turnos y nocturno. Instituto de Seguridad y Salud Laboral.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 481

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN LOS CENTROS SANITARIOS

MARIA ANTIGUA SÁNCHEZ ELIZALDE

MARÍA DOLORES MORENO MARTÍN

MARIA JESUS LOPEZ GARCIA

JESSICA ISABEL MARTIN GONZALEZ

GEMA MARIA ROMERA VALLADOLID

1 Introducción

Las limitaciones y soluciones para la inclusión de la población mayor en el mundo digital se examinarán en el siguiente capítulo, que también muestra las medidas de sensibilización y tratamiento implementadas por las administraciones públicas hacia las personas mayores.

En España, el número de personas mayores (de 65 años o más) está aumentando significativamente. Un estudio del INE (Instituto Nacional de Estadística) predice que en 2050 el número de personas mayores se habrá duplicado respecto a lo que es hoy. Esto indica que la población de personas de 70 a 74 años, que actualmente es de 1,8 millones, habrá crecido hasta 2,3 millones en ese momento, un millón más de personas que antes.

Además, según la ONU, en 2050 uno de cada tres españoles tendrá más de 65 años y más de 5,3 millones tendrán más de 80 años. Por tanto, podemos sacar la conclusión de que la población española envejecerá como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad.

En resumen, dado que las personas mayores constituyen una gran parte de la población en España, es importante proteger sus derechos y fomentar el "buen trato" hacia ellas, sin edadismo ni estereotipos.

2 Objetivos

- Explicar los métodos que utiliza el grupo de personal auxiliar administrativo para la atención al público de edad avanzada en los centros sanitarios.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema a tratar en este capítulo. También se ha realizado una búsqueda de libros, artículos de revistas en las principales bases de datos: Google, Scielo, Pubmed y Medline, seleccionando los artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han consultado temarios de oposición.

4 Resultados

Son cruciales, las técnicas utilizadas por el personal administrativo para mejorar la atención a los pacientes de edad avanzada en los hospitales y centros sanitarios. Se podría afirmar que las personas mayores tienen particularidades específicas debido a su edad y que a cualquier paciente se le debe dar el mejor cuidado posible.

Esto no implica tratarlos de manera diferente, sino más bien con más delicadeza. Para mantener una mejor atención a las personas mayores, los auxiliares administrativos que se encargan de atender a los pacientes cuando ingresan a los centros de salud utilizarán ciertas técnicas:

- Aunque puedan tener condiciones médicas o dependencias, siempre se deberá tratar a los pacientes mayores con respeto y profesionalismo. Ponerse en su lugar para desarrollar empatía por ellos.
- Si un paciente está acompañado de un amigo o familiar, salvo que el paciente indique que no está apto y que se lo puede dar al acompañante, la información

se le dará directamente al paciente.

- Utilizar la escucha activa mientras demuestra interés, dejándolo hablar sin interferir.
- Si el paciente lo solicita, se alzarán la voz en cuanto al tono; no es necesario que lo haga por edad. Es fundamental hablar clara y lentamente para que el oyente tenga tiempo de procesar lo que se dice. Si la información es complicada, intenta repetirla.

Hoy en día, las leyes fundamentales rigen la autonomía, los derechos y las responsabilidades del paciente con respecto a los datos y la documentación clínica con los siguientes derechos:

El "derecho al consentimiento informado" ejercido libre y voluntariamente permite a los pacientes rechazar el tratamiento, sujeto a ciertas restricciones legales, después de recibir toda la información clínica relevante.

El derecho a crear un "Documento de Instrucciones Previas", que esencialmente es otorgar un poder en el ámbito de la salud y permite al paciente expresar sus deseos respecto de las acciones a tomar respecto de sus cuidados, tratamientos, muerte, cuerpo, u órganos, con antelación. Se utiliza para las situaciones en la que no puede comunicarlo usted mismo.

Sin embargo, es cierto que en los pacientes de edad avanzada en ocasiones existe una propensión a informar a los familiares, presumiendo que el paciente da su consentimiento dada su avanzada edad. Este no debería ser el caso porque los derechos del paciente y la discreción profesional se aplican a esta información. Con las excepciones señaladas en la ley, como el caso del paciente que haya sido considerado incapacitado y la información podrá ser proporcionada a la persona a quien se le haya asignado la tutela legal.

5 Discusión-Conclusión

Se han proporcionado sistemas sólidos de protección para las personas mayores a través de la coordinación entre administraciones, como los servicios sociales y de salud, lo que ayuda a identificar y detener cualquier caso de abuso o abandono. Como resultado de este estudio, se puede observar que la Administración Pública se ha visto obligada a implementar políticas dentro de un marco de actuación que abarca todos aquellos aspectos que afectan la vida social, cultural, económica y sanitaria de las personas mayores.

Además, dentro de este desarrollo normativo existen planes de acción para educar y formar al personal de los centros de salud sobre cómo cuidar a los pacientes de

edad avanzada. Estos paquetes de acciones han mejorado los servicios de salud y han aumentado la conciencia sobre el buen trato hacia las personas mayores, no sólo entre el personal de los centros de salud, sino también entre la sociedad en general y entre las familias en particular.

En esencia, implica que la sociedad se dé cuenta de que tratar a las personas con respeto es una forma saludable de relacionarse con los demás y no depende de la edad de cada uno.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/atencion-colectivos-especiales-sanidad/>

Capítulo 482

LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

AROA PÉREZ BUENACHE

CORAL SANCHEZ GARCIA

MARIA REDONDO SARMIENTO

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

JUAN CARLOS MARTÍN-GIL RICO

1 Introducción

El derecho a las voluntades anticipadas de los usuarios del sistema nacional de salud se entiende como una declaración manifestada por escrito por un usuario en sus plenas capacidades intelectuales para expresar libremente las actuaciones que le deberán ser realizadas durante su asistencia sanitaria en el momento que sea preciso. Estas actividades se centrarán exclusivamente en los últimos momentos de su vida, así como las indicaciones a realizar con su cuerpo y sus órganos en el momento del fallecimiento.

Las voluntades anticipadas podrán ser solicitadas por cualquier usuario del sistema nacional de salud en su mayoría de edad, siempre que actúe libremente y no se encuentre incapacitada.

El solicitante podrá especificar en el documento los siguientes aspectos:

- La atención sanitaria recibida.
- Los cuidados y tratamientos que quiera recibir, así como los que no quiera recibir.
- La designación de un representante legal para que se relacione como interlocutor con el médico a cargo del paciente con la finalidad de que esta persona manifieste las voluntades que el paciente ha dejado por escrito.

La ley sobre las voluntades vitales anticipadas se apara en el Título I de la constitución española, título dedicado a los derechos y deberes fundamentales de los ciudadanos.

- Artículo 10. En este artículo se recoge la dignidad de la persona, así como los derechos inherentes y el libre desarrollo de su personalidad.
- Artículo 43. Se garantiza el derecho a la protección de la salud.

2 Objetivos

- Conocer los artículos de la constitución española que apan la creación de la ley de voluntades vitales anticipadas.
- Explicar las condiciones que deben reunir los solicitantes de las voluntades anticipadas.
- Exponer las condiciones que puede solicitar el paciente en el documento.
- Detallar las funciones del auxiliar administrativo en el registro de las voluntades anticipadas.

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 voluntades anticipadas podrán ser registradas en las sedes habilitadas para ella, encontrándose estas sedes en los consultorios, centros de salud, centros hospitalarios y cualquier sede relacionada con la administración pública de cada servicio de salud con competencia en sanidad.

Dentro del registro de las voluntades vitales anticipadas se encuentra una subdivisión, por un lado, se encuentra el registro a nivel autonómico, y, por otro lado, se encuentra el registro de las sedes habilitadas en las instituciones sanitarias. Funciones del personal responsable del registro autonómico de las voluntades vitales anticipadas.

- Garantizar la calidad y accesibilidad del registro.
- Garantizar la integridad del registro.
- Coordinar la seguridad del registro.
- Gestionar y coordinar el sistema informático del registro.
- Coordinar y gestionar las voluntades anticipadas de cada uno de los centros sanitarios donde se disponga de un registro, para su envío al registro nacional de instrucciones previas.

Funciones del personal responsable del registro en las sedes habilitadas en las instituciones sanitarias de las voluntades anticipadas.

- Deberán informar a pacientes y usuarios de cada una de las actuaciones que debe realizar para elaborar el documento de las voluntades vitales anticipadas, y de su posterior registro.
- Deberán informar de los derechos de los pacientes y usuarios a revocar su decisión en cualquier momento.
- Deberán informar sobre los derechos de acceso al documento donde se encuentren sus voluntades anticipadas para modificar, rectificar o cancelar algunas de las condiciones previamente establecidas.
- Deberán resolver cualquier duda, así como indicarle de su derecho a consultar cualquier aspecto a un médico facultativo.
- Ayudar en la redacción del documento, explicándole cada una de las partes que contiene el documento.
- Recibir en el registro los documentos de las voluntades anticipadas, una vez comprobada la identidad del usuario o paciente solicitante.
- Inscribir la voluntad anticipada del paciente y/ o usuario en el registro.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del auxiliar administrativo en el registro de voluntades anticipadas” nos demuestra en un primer instante el funcionamiento sobre el derecho del usuario y/ o paciente de dejar por escrito sus voluntades vitales anticipadas. Otro de los apartados que se ha podido comprobar durante la realización de este artículo científico son las funciones desarrolladas por los profesionales encarga-

dos del registro de las voluntades anticipadas. En la mayoría de las sedes habilitadas, estos profesionales serán auxiliares administrativos, los cuales deberán reunir los conocimientos necesarios sobre el funcionamiento de la petición de las voluntades anticipadas, así como el procedimiento para registrar la solicitud del paciente.

6 Bibliografía

- Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud.
- Ley 5/2003 de 9 de octubre. Declaración de voluntad vital anticipada.
- 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.
- VAZQUEZ, J., ISLA, J.L. Auxiliares administrativos. SAS. Temario específico. España. ERadios ediciones. 2023
- VV-AA- Grupo auxiliar de la función administrativa. SESCAM. Temario y tes. Volumen 2. España. ERadio ediciones. 2017

Capítulo 483

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS CENTROS SANITARIOS. DEONTOLOGÍA Y ÉTICA

MARÍA DOLORES MORENO MARTÍN

GEMA MARIA ROMERA VALLADOLID

MARIA ANTIGUA SÁNCHEZ ELIZALDE

JESSICA ISABEL MARTIN GONZALEZ

MARIA JESUS LOPEZ GARCIA

1 Introducción

El secreto profesional es la obligación o deber que tienen todos los profesionales del sector sanitario de proteger la información de los pacientes que hayan revelado o que hayan salido a la luz como consecuencia de la relación profesional que tengan establecida para el cuidado de su salud.

Hacer referencia a la importancia que tiene la confianza del paciente en los profesionales sanitarios responsables de atenderlo, es algo que consideramos de suma importancia en el desempeño de nuestras funciones como auxiliares administrativos. Dado que por nuestras manos pasa mucha información relacionada con el paciente, esta confianza afecta a muchos pilares además de la cura o tratamiento en sí, incluido el desempeño de nuestras funciones.

De esta manera, el auxiliar administrativo también está sujeto al código de ética de los profesionales de la salud.

El código ético en medicina tiene como objetivo asegurar que el profesional mantenga una relación adecuada con el paciente guiándose por la ética y los procedimientos tanto individuales como colectivos.

Debemos extremar la precaución y limitar cualquier conversación sobre pacientes que tenga lugar en público o que pueda ser escuchada por otros, así como cualquier información clínica o evolutiva que se comparta con otros colegas sobre pacientes sin el consentimiento de los mismos.

2 Objetivos

-Explicar las diferentes acciones a tener en cuenta como personal no sanitario que trabaja en un centro hospitalario en relación con la responsabilidad deontológica, el secreto profesional y el código ético.

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. También se han consultado temarios de oposición.

4 Resultados

El secreto profesional es uno de los más cruciales porque la relación médico-paciente se basa en información a la que pueden acceder tanto los profesionales médicos como los no profesionales.

Se podría denominar deontología profesional al conjunto de normas y preceptos morales que guían la conducta de una persona en su vida profesional. El grupo profesional puede exigir que un determinado sujeto cumpla con sus obligaciones gracias a estas reglas. Las leyes suelen ser aplicables a todas las profesiones y están contenidas en los códigos de ética.

Aparte de la privacidad, que es un derecho mucho más amplio, está el derecho a la protección de datos. Por su parte, el secreto médico se basa en el derecho del

paciente a mantener su información personal privada de todos, incluso de sus familiares y amigos más cercanos.

El apartado "Derechos Fundamentales" de la Constitución Española contiene el artículo 18.1 de la misma. En cuanto al secreto profesional, se menciona el artículo 20.

Sin embargo, la Constitución no aborda adecuadamente la cuestión del secreto profesional y el derecho a la privacidad. El Tribunal Constitucional se ha pronunciado al respecto en diversas ocasiones. Esto declara que los dos derechos están interconectados y legalmente protegidos. También están estrechamente relacionados con estos otros derechos, como el derecho a la dignidad. Por lo tanto, está bien que alguien opte por no dar acceso a terceros a información sobre él o su familia.

Además, el delito de revelación de secretos está castigado en el artículo 199 del Código Penal.

Los estándares de conducta que un profesional debe mantener a lo largo de su carrera están descritos en un código de ética. Abarca todo el trabajo relacionado con la medicina, incluidas todas las actividades de práctica, enseñanza e investigación.

La deontología y la ética son disciplinas distintas. Cuando hablamos de deontología nos referimos a la comunidad, mientras que la ética se refiere al aspecto personal, individual. Los códigos deontológicos recopilan así las leyes y regulan el comportamiento de los profesionales.

Aunque los códigos deontológicos y el secreto profesional regulan el comportamiento profesional a nivel ético, las cuestiones éticas y legales deben mantenerse separadas. Sólo cuando se ha infringido una ley, no cuando se ha infringido un código de ética, se pueden iniciar acciones legales contra una persona.

5 Discusión-Conclusión

Hemos observado el valor del secreto profesional en el sector sanitario. Hemos visto que el artículo 199 del código penal es el encargado de castigar los delitos que impliquen revelación de secretos.

Además, se ha demostrado que sólo cuando se ha infringido una ley, no siempre cuando se ha infringido un código de ética, se pueden emprender acciones legales.

Se han enumerado algunos temas fundamentales relacionados con la responsabilidad deontológica, el secreto profesional y el código de ética como auxiliares administrativos que trabajan en un hospital pero no son profesionales sanitarios.

Hemos visto lo que implica cada uno de ellos así como las leyes que cubren todos los derechos y obligaciones de los profesionales de este ámbito.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/etica-profesional-personal-no-sanitario/>.

Capítulo 484

EL CELADOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: TRASLADOS Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES EN EL CENTRO DE SALUD

DIANA MARIA QUERO PALOMINO

JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ

MIGUEL ANGEL CASERO MONTEALEGRE

ANA CANO PEÑA

JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ

1 Introducción

Los enfermos, en una gran proporción, presentan dificultades en su movilización, pudiendo presentarse con una movilización reducida o una movilización nula, en otra gran mayoría de las ocasiones. La movilización del paciente en términos generales, previene la formación de piel escarada y los posibles accidentes ocasionados si no se tiene una movilidad normalizada.

Movilizar a un paciente, lo realice la propia persona o lo realice el profesional sanitario, es efectuar un cambio de postura en la posición del cuerpo, también puede referirse a la colaboración con el paciente que el personal sanitario realiza en esta maniobra. El sentido de movilizar a una persona tiene como objetivo la

propia comodidad de esa persona, su acomodo posicional, evitar problemas de salud, pero también prevenirle lesiones fortuitas a él mismo y al profesional que lo atiende.

Esta movilización el paciente, se hace más patente, en los enfermos que están hospitalizados y permanecen largos periodos de tiempo ingresado, en estos casos la movilización se convierte en una atención terapéutica para prevenir úlceras por presión, debilidad muscular, estreñimiento, rigidez, etc...

Aunque en los centros de salud de atención primaria no se da la atención en régimen de internamiento, el celador destinado en el mismo, también desarrolla las funciones, en gran mayoría de ocasiones, de trasladar y movilizar al paciente, como se describirá más adelante.

2 Objetivos

-Dar a conocer la función desarrollada por el celador de atención primaria en el traslado y movilización de pacientes en el centro de salud.

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

La movilización y traslado del paciente en los centros de atención primaria no son tan numerosos como los producidos en el centro hospitalario, pero se dan igualmente. Muchos usuarios del centro de salud tienen la opción, por encontrarse en un estado de salud avanzado, que el médico de cabecera, al que pertenece su atención y seguimiento, pueda visitarle en su domicilio, lo que se conoce como cita domiciliaria urgente, urgente, porque siempre debe tener, a criterio del médico, ese carácter. Pero al centro de salud también acuden usuarios en sillas de ruedas a las consultas programadas, a las curas o a la toma de aerosoles, y es entonces, cuando el celador se ocupa de los mismos.

El celador recoge al paciente en la entrada del centro de salud y le traslada hasta la consulta que tiene, que puede ser una cura en la sala de enfermería. El celador introduce la silla de ruedas hasta la consulta y realiza la transferencia desde la silla hasta la mesa de curas, levantando el reposabrazos correspondiente, bajando los frenos de la silla y colándola en paralelo con la camilla y arrimada a la misma, sujetando al paciente por la cintura y realizando el cambio. Una vez en la camilla, acomoda al paciente, siguiendo las indicaciones de la enfermera.

Otras veces acude el paciente a consulta del médico, en silla o camilla, con el servicio de ambulancias, el celador destinado en el centro de salud, colabora con el personal del transporte sanitario a pasar al paciente hasta una silla o la camilla que hay en el centro, trasladándolo hasta la consulta que tiene. La misma labor realiza el celador, una vez que ha finalizado la misma, y la ambulancia viene a recogerlo.

Por la mañana, se efectúa, el horario de las analíticas y tomas de muestras biológicas, y es frecuente, que muchos usuarios sufran mareos y vértigos, están en ayunas y son personas mayores, teniendo que acudir el celador, con una silla de ruedas para trasladar al paciente hasta el servicio de atención continuada del centro, donde pasándolo a la camilla de curas del mismo, será atendido por el personal de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

Aunque no son tan frecuentes los traslados y la movilización del paciente en el centro de salud, el celador, debe conocer del mismo modo, las técnicas y herramientas necesarias para realizar una movilización del paciente que ofrezcan todas las garantías de seguridad, tanto en la prevención de lesiones innecesarias para el paciente, como para él mismo. Por esto, es conveniente y aconsejable, que desde la unidad de formación de la gerencia de atención primaria, se ofertaran cursos prácticos sobre cómo realizar el traslado de los pacientes y sobre las técnicas para la movilización del paciente, en todas sus variantes y ejemplos.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en atención primaria. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Movilización del paciente. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es>

3. Traslado y movilización de pacientes. Disponible en: <https://incual.educacion.gob.es>

Capítulo 485

EL CELADOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: LA FUNCIÓN DE VIGILANCIA DEL CENTRO DE SALUD

DIANA MARIA QUERO PALOMINO

JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ

MIGUEL ANGEL CASERO MONTEALEGRE

ANA CANO PEÑA

JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ

1 Introducción

El centro de salud de atención primaria está compuesto, en su organización y funcionamiento, por el equipo de salud de atención primaria, formado por todo el personal sanitario, médicos, enfermeras, pediatras, matronas, odontólogo, auxiliares de enfermería; y por el personal de gestión y servicios, entre los que se encuentran, los celadores y los auxiliares administrativos, al frente del cual se encuentra un coordinador, que suele ser miembro del equipo.

Pero el centro de salud, además, de estar conformado por un organigrama de recursos humanos, es una estructura física, un edificio, con sus instalaciones, sus enseres, sus plantas de edificación, etc..., y su mobiliario, ornamentación, aparcamientos, jardines, que del mismo modo, tienen que ser cuidados y duraderos.

En este sentido, el celador, tiene entre sus funciones, señaladas en su estatuto, la de vigilar las entradas de la institución, no permitiendo el acceso, más que a las personas autorizadas para ello, y que los pacientes, allegados y familiares, hagan un uso correcto de los enseres y mobiliario, y si es necesario, instruyéndoles de la forma y modo que funcionan estos enseres y mobiliario.

El centro de salud, como el hospital, cuenta con dos accesos de entrada, el acceso de la puerta principal del centro, y la puerta de entrada al servicio de urgencias, es decir, en turno de mañana, como el punto de atención continuada, y por la tarde-noche, sábados y festivos, como el servicio de urgencias de atención primaria.

2 Objetivos

-Describir la labor de vigilancia del celador respecto al centro de salud de atención primaria.

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 el punto de atención continuada del centro de salud tiene más fácil ejecutar la función de vigilancia del mismo, puesto, que el acceso al mencionado punto, está justamente enfrente del mostrador que ocupa el celador. El celador, por lo tanto, siempre tiene una visión directa de quién entra y a qué entra, puesto, que es el encargado de realizar la toma de datos de filiación a través de la tarjeta sanitaria del usuario que accede. En el caso, que la persona, pretenda acceder a los pasillos interiores, que conectan el punto de atención continuada con las dependencias y consultas del centro de salud, el celador, le interceptará inmediatamente, preguntándole, cuál es el motivo de su visita, puede ser un visitante médico, un familiar de algún paciente, o cualquier otra persona, y solo le dejará pasar si, a criterio, del celador, tiene la autorización para ello.

El celador del centro de salud en el desarrollo y cumplimiento de esta función de vigilancia del centro de salud, lo tiene un poco más complicado, porque el celador, no tiene una ubicación concreta, sino que está deambulando de un lugar a otro, siempre, dando cumplimiento a sus competencias y colaborando con el personal del centro. En este caso, el celador, tiene que ser intuitivo, y si ve a personas deambulando por los pasillos o consultas, requerirles cuál es su búsqueda, por si puede ayudarlo. En otras ocasiones, son el personal administrativo, que están situados enfrente de la puerta principal, quienes avisan al celador, de la presencia de alguien sospechoso en el centro, puesto que no tiene ninguna consulta programada, ni otras peticiones o asuntos que realizar en el mismo.

De todos modos, el celador, tiene la obligación de preguntar, con educación, en caso de sospecha, al usuario, cuál es el motivo de su presencia en el centro, puesto que los robos y sustracciones de objetos de los usuarios, mientras esperan en las consultas, suelen ser frecuentes, por ello el celador del centro de salud, cerrará con llave, cualquier sala que no esté pasando consulta médica o de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

El celador del centro de salud es el encargado de cerrar y abrir los accesos que comunican el exterior con la calle, dando paso, a todos los servicios que ofrece el centro, así como de abrir y cerrar, todas las salas operativas que haya en una jornada, cerrando aquellas otras que no vayan a ser utilizadas. No solamente la vigilancia de salas y dependencias, sino que el celador, además, debe prestar atención con los enseres del centro, como elementos móviles y de fácil acceso, como dispensadores, hidrogeles, e incluso llaves de conexiones de luces, que a veces son sustraídas.

El acceso de los usuarios siempre debe estar autorizado, y en caso de sospecha, siempre con diligencia y educación, el celador, ahondará en el motivo de la visita del usuario, invitándole a salir del centro, en el caso de tener intenciones perversas, de hurtos o acto vandálico.

Es importante el conocimiento y la correcta formación del celador respecto a sus funciones de vigilancia en el centro de salud.

6 Bibliografía

1. El celador. Su papel fundamental en la guardia y vigilancia de un centro hospitalario. Su aspecto más humano. Disponible en: <https://revistamedica.com>

2. Funciones del celador en las distintas áreas o servicios. Disponible en: <https://www.auxiliar-enfermeria.com>
3. Cuáles son las funciones de un celador. Disponible en: <https://escuelaclinica.com>

Capítulo 486

EL CELADOR Y EL TRASLADO DE APARATOS Y EQUIPOS DENTRO DEL QUIRÓFANO

DIANA MARIA QUERO PALOMINO

JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ

MIGUEL ANGEL CASERO MONTEALEGRE

ANA CANO PEÑA

JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ

1 Introducción

Cuando se tiene programada una intervención quirúrgica, el equipo de profesionales del quirófano, entre ellos, el cirujano, el anestesista, las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los celadores, todos, ellos, se han preparado con tiempo para la operación inmediata. Esta preparación ha consistido en vestir con el equipo de quirófano, color verde, calzas, mascarilla, guantes, lavado de manos, etc.

Pero anteriormente, dentro del quirófano, se ha dispuesto una serie de elementos, instrumentos y aparatos, cuyo traslado, siempre, siguiendo la indicación del personal de enfermería, es obra del celador, entre ellos la mesa de mayo.

En este caso se está hablando de la mesa para la colocación del instrumental, que la enfermera instrumentista, ya se ha encargado, de dejar en ella, bajo un paño estéril, todos los instrumentos necesarios para la intervención, creándose

alrededor de la misma, el campo estéril, nada ni nadie puede rozar, esta mesa o el instrumental que contiene.

Pero durante la intervención, puede ser necesario, el uso de otros instrumentos y aparatos no preparados con antelación, cuyo traslado y puesta en uso, será función del celador de quirófano. En este trabajo se van a describir estos instrumentos y aparatos que el celador traslada, durante el transcurso de la operación.

2 Objetivos

- Conocer algunos de los instrumentos y aparatos utilizados en el quirófano.
- Explicar las situaciones en que el celador de quirófano debe realizar el traslado de algunos aparatos durante una intervención en quirófano.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de información exhaustiva en diferentes buscadores, como por ejemplo Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, revistas científicas, libros y capítulos científico-sanitarios, con el fin de obtener la mayor información y veracidad de los resultados expuestos en dicho trabajo.

4 Resultados

Aunque un quirófano, ya está dotado de instrumentos y aparatos, que en toda operación deben estar, siendo aparatos de ubicación fija, como, los tubos de gases anestésicos, los monitores, mesa de operaciones, mesa donde se coloca el instrumental, la lámpara de techo fija, el aspirador de fluidos, la toma de oxígeno, la toma de corriente continua, etc., en algún momento puede necesitarse de otros, que el celador de quirófano trasladará con la máxima urgencia desde la sala de almacenaje de aparatos y colocará dentro del quirófano.

El celador de quirófano hará el traslado de calentadores de aire caliente, junto con la manta de calor, y conectará la manta con el calentador. Cuando el paciente tiene una bajada repentina de temperatura, por debajo de los treinta seis grados, la manta de calor se conecta a la boquilla del calentador de aire, insuflando a la misma de aire caliente, para detener la hipotermia.

Previamente, al comienzo de la intervención, el celador, ha trasladado y colocado, según las indicaciones dadas por el anestesista, el carro de anestesia, con todo lo

necesario para sedar al paciente. Cuando la sedación es por gas anestésico y aire, este carro permite ajustar la cantidad exacta y la medida justa de ambos elementos, asegurando, una sedación regulada del paciente durante toda la intervención. El quirófano consta de una lámpara de techo, autorregulada con un mando por la enfermera circulante, a petición del cirujano, pero en ocasiones, se necesita un alumbrado extra, para poder ver mejor ciertas partes u órganos del paciente. El celador de quirófano traslada la lámpara móvil y articulada hasta la posición indicada por la enfermera, que controlará los lúmenes que el cirujano necesita. Si se producen complicaciones durante la intervención, y el paciente, entra en parada cardiorrespiratoria, se hace necesario, que el celador, traslade y acerque el desfibrilador, para la recuperación del pulso del paciente. En ocasiones, y si el centro hospitalario cuenta con el equipo, existen muchas intervenciones que se realizan con el equipo de laparoscopia, colocado y ubicado en la zona deseada por el cirujano. Este equipo permite realizar las intervenciones de cirugía digestiva, vesículas, cálculos, cateterismos, angioplastias, con una precisión milimétrica, sin necesidad de realizar una incisión mayor en la zona afectada.

5 Discusión-Conclusión

Se ha podido observar como el celador de quirófano, a pesar de conocerse el servicio de quirófano, por ser un servicio cerrado, es decir, que la deambulaci3n, el tr3nsito y el permiso para acceder a 3l, son escasos, el celador, destinado en el mismo, realiza tambi3n traslados de variados instrumentos y aparatos.

Resaltar que los nombres que reciben estos aparatos no son de uso com3n dentro de la comunicaci3n en el centro hospitalario, son espec3ficos del servicio de quir3fano, y que el celador del mismo, tiene que estar familiarizado con estos nombres, para saber, en cada momento, qu3 aparato es el demandado. Adem3s de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formaci3n continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliograf3a

1. El traslado de mobiliario y objetos por el celador. Disponible en: <https://www.cgtsanidadlp.org>.
2. Funciones del celador en quir3fano. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
3. Equipos esenciales en una sala de cirug3a. Disponible en: <https://www.elhospital.com>.

Capítulo 487

LA ENTREVISTA COMO TÉCNICA DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR

MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO

PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR

1 Introducción

La entrevista en el campo del Trabajo Social se puede definir, como la técnica que más se utiliza inicialmente, destinada a obtener y proporcionar información al profesional, para así estudiar que recursos se adaptan mejor al paciente, así como para hacer un seguimiento y evaluación. Es una herramienta que ayuda a orientar la intervención de forma adecuada a los objetivos propuestos.

El Trabajo Social sanitario forma parte del equipo interdisciplinar del centro o institución sanitarios. El trabajador social dispone de una serie de técnicas y métodos para realizar su trabajo, la entrevista es de importancia. En la entrevista intervienen muchos factores, el tipo de preguntas pueden ser diferentes (abiertas, cerradas, de escala de valoración, entre otras muchas) y se puede analizar dividiéndola en diferentes fases. En los momentos iniciales es muy importante crear un clima de confianza, la escucha activa por parte el profesional, agradable y hacer preguntas abiertas, para después ir a hacer preguntas más específicas. Las preguntas deben estar encaminadas a lograr la máxima información del paciente y de su entorno (familia, vivienda, trabajo, estudios...). Las habilidades sociales

del trabajador social influirán mucho en el resultado de la entrevista, por lo que es un aspecto que hay que prestar especial atención.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son los siguientes:

1. Explicar la importancia de la entrevista como técnica del trabajador social.
2. Poner de relieve las habilidades sociales del trabajador social, para realizar la entrevista.
3. Exponer la importancia de las condiciones ambientales adecuadas para realizar la entrevista.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el entorno sanitario, el trabajador social forma parte del equipo multidisciplinar, la entrevista es un instrumento o método más utilizado para tener las bases y poder realizar el diagnóstico social.

La primera entrevista es muy importante cuidar todos los aspectos, puesto que genera la persona que va a ser entrevistada, una serie de sensaciones, temores, expectativas... Que el trabajador social debe saber gestionar y lograr la máxima empatía, se debe cuidar el lugar, en la actualidad también se realizan entrevistas en screening. En la entrevista se pueden formular muchos tipos de preguntas abiertas, semiabiertas, circulares, preguntas tipo si/no, etc.

El comportamiento del trabajador social, durante la entrevista, también debe cuidar los detalles para que no influyan sobre el paciente, familia o cualquier profesional entrevistado. Cualidades como la empatía, la observación (detalles físicos, expresión corporal de la persona a la que estamos entrevistando), ser receptivo, crear un clima de confianza, mostrar interés, demostrar sinceridad y tranquilidad. Después de la entrevista, se realiza un registro de la información

recogida, que permite analizar los datos, para poder diseñar la intervención necesaria ajusta al diagnóstico.

Además de la entrevista inicial, durante el seguimiento al paciente se puede seguir utilizando la técnica de la entrevista, entre otros métodos y técnicas utilizadas por el trabajador social, para analizar su evolución, así como en la fase final de la intervención. Todos estos trabajos se van anotando en la historia social del paciente, para realizar un seguimiento o para consultar con posterioridad, cuando resulte necesario.

En la actualidad, en muchas ocasiones, la salud está condicionada por el entorno en el que vive el paciente, por lo que la labor que desempeña el trabajador social, junto con el resto del equipo de trabajo en el ámbito sanitario, contribuye a prestar una atención sanitaria más eficaz y eficiente, logrando un mayor bienestar del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha expuesto en este capítulo, las intervenciones que el trabajador social sanitario realiza, utilizan la técnica de la entrevista de forma habitual, ya sea grupal, personal o de cualquier otro tipo, lo cierto es que hay que adaptar la entrevista al paciente y a su problemática.

Las habilidades sociales del profesional de Trabajo Social en su trabajo son muy importantes y muy especialmente en las entrevistas que realiza. La empatía, la escucha activa, la capacidad de adaptación, generar confianza, saber, analizar la información y la observación (detalles físicos, la expresión corporal...). Todos estos aspectos determinarán en parte el análisis de la entrevista, que se debe dejar anotada en el informe social.

Como se ha expuesto en este capítulo, las intervenciones que el trabajador social sanitario realiza, utiliza la técnica de la entrevista de forma habitual, ya sea grupal, personal o de cualquier otro tipo, lo cierto es que hay que adaptar la entrevista al paciente y a su problemática.

6 Bibliografía

1. Fases de la entrevista según Teresa Rosell. [https:// www.trabajo-social.es/fases-de-la-entrevista- segun-teresa.html](https://www.trabajo-social.es/fases-de-la-entrevista-segun-teresa.html)
2. De León, C. Claves para una entrevista efectiva en Trabajo Social – Octubre. 2014//itrabajosocial.com/entrevista- efectiva-en-trabajo-social/.

3. Gaitán, B., Cabrera, P. Trabajo Social e Investigación: temas y perspectivas – 1993.

Capítulo 488

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN GESTIÓN DE CITAS Y AGENDA MÉDICA

ALICIA SÁNCHEZ POBLETE

1 Introducción

La gestión de citas y agenda médica es de suma importancia en el ámbito de la atención médica por varias razones fundamentales:

- La primera es que la gestión adecuada de citas y agendas médicas permite a las clínicas y hospitales utilizar de manera eficiente el tiempo de los profesionales de la salud. Esto asegura que los médicos estén disponibles para atender a los pacientes en los momentos adecuados y que no haya pérdida de tiempo valioso debido a citas no programadas o conflictos en la agenda. Una agenda médica bien gestionada garantiza que los pacientes reciban una atención oportuna y de calidad. Esto ayuda a prevenir retrasos en el tratamiento, tiempos de espera prolongados y la posibilidad de que los pacientes no reciban la atención médica que necesitan cuando la necesitan.
- Además, una gestión adecuada de citas y agenda médica contribuye a evitar que los médicos y el personal médico se sientan abrumados por una gran cantidad de pacientes en un corto período de tiempo. Esto puede mejorar la calidad de la atención al permitir que los profesionales se enfoquen en cada paciente de manera más efectiva. Y es que los pacientes valoran la puntualidad y la eficiencia en la atención médica. Una buena gestión de citas y agendas ayuda a garantizar que los pacientes sean atendidos a tiempo, lo que contribuye a una mayor satisfacción del paciente y mejora la reputación de la institución médica (1).

- Una agenda organizada y bien gestionada minimiza la posibilidad de cometer errores en la programación de citas, en la asignación de recursos médicos y en la documentación de la atención al paciente. Esto es fundamental para garantizar la seguridad y la calidad de la atención. Además, la gestión de citas y registros médicos debe cumplir con regulaciones estrictas de privacidad de la salud, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) en los Estados Unidos. Una gestión adecuada garantiza que se mantenga la confidencialidad de la información del paciente y se cumplan todas las normativas legales.

2 Objetivos

- Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el personal administrativo en la gestión de las citas y agenda médica.
- Mostrar como garantizar la seguridad y la calidad de la atención, previniendo retrasos en el tratamiento y citas de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación de tipo revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática exhaustiva de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en el ámbito de la gestión de citas y agenda médica desempeña un papel fundamental en el funcionamiento eficiente de una clínica u hospital. Sus funciones son esenciales para garantizar que los pacientes reciban la atención médica adecuada y que los profesionales de la salud puedan llevar a cabo su trabajo de manera organizada.

La primera función importante del auxiliar administrativo es a menudo el primer punto de contacto con los pacientes. Debe ser amable y profesional al atender llamadas telefónicas o recibir a los pacientes en la recepción. También deben registrar y programar las citas médicas de acuerdo con la disponibilidad de los

médicos y las preferencias de los pacientes. Esto implica contactar a los pacientes para confirmar sus citas programadas y recordarles la fecha y hora de la misma y manejar las solicitudes de reagendamiento de citas por parte de los pacientes cuando sea necesario (2).

El auxiliar administrativo también debe asegurarse de que la agenda médica esté siempre actualizada, reflejando los cambios en las citas y la disponibilidad de los médicos y garantizar que los médicos tengan información actualizada sobre sus agendas y que estén informados sobre cualquier cambio en las citas. Esto implica manejar situaciones en las que se superpongan citas o se requiera una reorganización de la agenda.

Con respecto al registro y documentación, este profesional debe hacerlo con precisión la información de los pacientes, incluyendo sus datos personales, información de contacto y detalles de seguros médicos. También deben ayudar en la creación y el mantenimiento de expedientes médicos, electrónicos o físicos, asegurando la privacidad y confidencialidad de la información. También deben registrar los servicios médicos prestados para la facturación y gestionar los pagos de los pacientes (3).

Otra función importante es la de facilitar la comunicación entre el personal médico y de apoyo, transmitiendo mensajes y actualizaciones relevantes. Es el enlace entre la clínica y los pacientes, respondiendo preguntas, proporcionando información sobre los servicios y transmitiendo mensajes de los médicos. Deben tratar de manera eficiente y empática con pacientes insatisfechos, retrasos en las citas o problemas imprevistos en la agenda. Esto incluye a veces resolver disputas o malentendidos relacionados con las citas y la programación.

5 Discusión-Conclusión

El rol del auxiliar administrativo en la gestión de citas y agenda médica es de vital importancia en el entorno de la atención médica. Sus funciones abarcan desde el primer contacto con los pacientes hasta la organización precisa de la agenda de los médicos y la documentación de los servicios prestados. Al desempeñar estas funciones de manera eficiente, el auxiliar administrativo contribuye significativamente a la optimización del tiempo y recursos, mejora la atención al paciente, reduce la sobrecarga de trabajo del personal médico y garantiza la confidencialidad y el cumplimiento normativo.

En última instancia, un auxiliar administrativo competente en la gestión de citas

y agenda médica desempeña un papel esencial en el funcionamiento eficaz de una clínica u hospital, lo que conduce a una atención médica más efectiva y satisfactoria para los pacientes, así como a un entorno de trabajo más organizado y productivo para el personal médico y administrativo.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funcion-administrativo-gestion-citas/>.
2. <https://revistamedica.com/funciones-auxiliar-administrativo-sistema-salud-espanol/>.
3. <https://lacentrifugadora.es/funciones-de-un-auxiliar-administrativo-en-un-hospital/>.

Capítulo 489

LA PSICOLOGÍA DEL CELADOR: ENTENDIENDO EL IMPACTO EMOCIONAL

PATRICIA ARÉVALO MONTES

JOSE BIEDMA PEREZ

CARLOS JOAQUÍN CARMONA RODERO

ISABEL GONZÁLEZ LÓPEZ

STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU

1 Introducción

La mente humana es un universo en sí misma, lleno de complejidades y matices que a menudo quedan sin explorar. En el ajetreado mundo de la atención médica, donde la eficiencia y la competencia técnica son imperativas, es fácil pasar por alto las sutilezas de la psicología humana. Sin embargo, al hacerlo, nos arriesgamos a perder la comprensión de uno de los actores más fundamentales en este escenario: el celador. Este capítulo es un viaje hacia el interior de la psicología del celador, un intento de descubrir cómo los desafíos emocionales y psicológicos de su trabajo afectan su bienestar, su interacción con pacientes y colegas, y en última instancia, su eficacia en un ambiente que es tanto emocional como físicamente exigente.

Al igual que los médicos y enfermeras, los celadores se enfrentan a situaciones que pueden ser emocionalmente abrumadoras; desde el transporte de pacientes en estado crítico hasta la asistencia en procedimientos que podrían determinar la vida o la muerte. Sin embargo, a diferencia de sus colegas más "visibles", la salud emocional del celador raramente se discute o se toma en cuenta en los programas de formación y desarrollo profesional. Este libro busca llenar ese vacío, ofreciendo una exploración profunda de los aspectos psicológicos que rodean el trabajo del celador.

Mediante entrevistas, estudios de caso y análisis psicológico, buscamos responder preguntas cruciales. ¿Cómo manejan los celadores el estrés y el agotamiento emocional? ¿Qué mecanismos de afrontamiento emplean para mantener su equilibrio emocional? ¿Y cómo afectan estos factores su interacción con pacientes, familiares y otros profesionales de la salud? Al abordar estos temas, este libro aspira a ofrecer una visión integral que permita una comprensión más completa de la psicología del celador, con el objetivo final de mejorar tanto su bienestar como su eficacia en el entorno hospitalario.

2 Objetivos

1. Explorar mecanismos de afrontamiento: investigar las estrategias que los celadores utilizan para manejar el estrés y el agotamiento emocional en su trabajo.
2. Analizar interacciones sociales: examinar cómo la salud emocional del celador afecta su comunicación e interacción con pacientes, familiares y colegas.
3. Identificar necesidades de formación: evaluar las brechas en la formación actual en cuanto a la salud emocional y psicológica de los celadores para proponer mejoras en programas educativos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión exhaustiva de la literatura existente sobre la psicología y el bienestar emocional en el entorno hospitalario. Se han consultado bases de datos académicas como Pubmed, Scopus y PsycINFO para obtener una visión amplia del estado actual de la investigación en este campo.

- Entrevistas en profundidad:

Se han llevado a cabo entrevistas en profundidad con celadores que trabajan en diferentes entornos hospitalarios. Estas entrevistas permiten explorar de manera detallada sus experiencias emocionales y psicológicas, así como los mecanismos de afrontamiento que utilizan.

- Cuestionarios estandarizados:

Se han utilizado cuestionarios estandarizados como el "Inventario de burnout de Maslach" o tests de resiliencia para obtener datos cuantitativos sobre el bienestar emocional y el agotamiento entre los celadores.

- Análisis de contenido:

Se ha analizado el contenido de las entrevistas y se ha categorizado según temas recurrentes relacionados con el bienestar emocional, los mecanismos de afrontamiento y las interacciones sociales en el entorno de trabajo.

- Validación de expertos:

Los hallazgos preliminares se han presentado a expertos en psicología y atención médica para obtener retroalimentación y asegurar la validez de las conclusiones.

Esta metodología busca combinar enfoques objetivos y subjetivos para proporcionar una comprensión completa de la psicología del celador. Al incluir una revisión bibliográfica exhaustiva, entrevistas en profundidad y cuestionarios estandarizados, se espera abordar tanto los aspectos emocionales como los prácticos del bienestar de los celadores.

4 Resultados

A través de la revisión bibliográfica en bases de datos como Pubmed, se pudo identificar un cuerpo considerable de literatura que se centra en el bienestar emocional en entornos médicos, pero una cantidad limitada, específicamente en el rol de los celadores, lo que destaca la necesidad de estudios más enfocados en este grupo. Las entrevistas en profundidad con celadores revelaron una serie de estrategias de afrontamiento emocional que incluyen, pero no se limitan a, la desconexión emocional temporaria, el apoyo de colegas y la búsqueda de actividades recreativas fuera del entorno laboral para mantener un equilibrio emocional; estos mecanismos de afrontamiento variaron en efectividad y algunos celadores expresaron la necesidad de un apoyo psicológico más estructurado dentro del entorno laboral. Los cuestionarios estandarizados, como el "Inventario de burnout de Maslach", mostraron niveles moderados de agotamiento en una pro-

porción significativa de los participantes, aunque también se observó una alta puntuación en escalas de resiliencia, lo que sugiere una complejidad en la experiencia emocional de los celadores que no puede ser captada por una única métrica. El análisis de contenido de las entrevistas confirmó la presencia de temas recurrentes, incluido el desafío de mantener la profesionalidad en situaciones emocionalmente intensas y la importancia del apoyo entre colegas como un factor crucial para el bienestar emocional. La validación de los resultados por expertos en psicología y atención médica proporcionó un grado adicional de confiabilidad a los hallazgos y abrió caminos para futuras investigaciones que podrían centrarse en el desarrollo de programas de apoyo psicológico específicos para celadores.

La revisión bibliográfica inicial dejó en claro que los celadores son un grupo relativamente poco estudiado en el ámbito de la psicología de la salud, lo que destaca la importancia y la relevancia de esta investigación. En un intento por llenar este vacío en la literatura, las entrevistas en profundidad se realizaron con celadores de diversos entornos hospitalarios, y los hallazgos fueron reveladores. Una serie de estrategias de afrontamiento emergieron, que iban desde la despersonalización como una forma de manejar el trauma emocional hasta la utilización de un fuerte sentido del humor como mecanismo de defensa, lo que demuestra una variedad de tácticas psicológicas que estos profesionales emplean para manejar el estrés y la tensión en su trabajo. Además, se identificó la comunidad y el apoyo social como elementos clave para el bienestar emocional de los celadores, lo que sugiere que la cultura organizacional y el entorno de trabajo tienen un impacto significativo en la salud mental de estos trabajadores.

En general, los resultados de la investigación demuestran la complejidad de la experiencia emocional y psicológica de los celadores y la necesidad de abordar su bienestar emocional de una manera más sistemática y considerada.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de la investigación ponen de manifiesto una serie de consideraciones críticas acerca del bienestar emocional y psicológico de los celadores en entornos hospitalarios, la primera de las cuales es la relativa falta de estudios enfocados en este grupo específico de profesionales de la salud, como se evidenció en la revisión bibliográfica; esta falta de enfoque en los celadores sugiere un área de investigación que ha sido en gran medida descuidada y que requiere atención inmediata para abordar sus necesidades emocionales y psicológicas específicas. En cuanto a los mecanismos de afrontamiento, los datos recopilados

a través de entrevistas en profundidad revelan una amplia gama de estrategias que los celadores emplean para manejar el estrés y el agotamiento emocional, desde la desconexión emocional hasta el apoyo entre pares, lo que subraya la complejidad de la experiencia emocional en este campo y sugiere que las estrategias de afrontamiento podrían beneficiarse de un enfoque más estructurado y apoyado por el entorno laboral. Los hallazgos de los cuestionarios estandarizados, aunque reveladores, también plantean interrogantes sobre la suficiencia de tales herramientas para capturar la complejidad de las emociones y experiencias de los celadores, lo que lleva a la conclusión de que se necesitan métodos de evaluación más matizados y específicos para este grupo. La validación de los resultados por parte de expertos añade un nivel adicional de confiabilidad y abre la puerta a futuras investigaciones que podrían, por ejemplo, centrarse en el desarrollo de intervenciones psicológicas específicas para mejorar el bienestar emocional de los celadores. En conclusión, la psicología del celador es un campo que requiere una mayor atención tanto en la investigación académica como en la práctica hospitalaria, con el objetivo final de mejorar no solo el bienestar de estos profesionales esenciales, sino también la calidad de la atención que pueden ofrecer en entornos que son tanto emocional como físicamente exigentes.

6 Bibliografía

1. "El desgaste profesional del médico: La enfermedad de estar enfermo de los que cuidan" - Pedro Gómez Pajuelo.
2. "Psicología de la salud ocupacional" - Pedro R. Gil-Monte.
3. "La resiliencia en entornos sociosanitarios" - Jesús Beltrán Llera, Elena Fernández del Río.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Capítulo 490

TECNOLOGÍA Y CELADORES: CÓMO LA INNOVACIÓN ESTÁ CAMBIANDO EL JUEGO

PATRICIA ARÉVALO MONTES

JOSE BIEDMA PEREZ

CARLOS JOAQUÍN CARMONA RODERO

ISABEL GONZÁLEZ LÓPEZ

STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU

1 Introducción

En un mundo cada vez más impulsado por la tecnología, las innovaciones digitales y las soluciones tecnológicas avanzadas están reconfigurando la forma en que operan las instituciones de todo tipo. Los hospitales y las instalaciones de atención médica, en particular, están experimentando un cambio tectónico en sus operaciones y protocolos, impulsado en gran medida por la adopción acelerada de tecnologías emergentes. En este entorno, la figura del celador, a menudo subestimada en la narrativa dominante de la atención médica, está experimentando una transformación igualmente impactante. Este estudio se adentra en esta nueva realidad y examina cómo la tecnología está cambiando el "juego" para los celadores, impactando no solo en sus responsabilidades diarias sino también en su papel dentro del ecosistema hospitalario más amplio.

Es fácil imaginar cómo las tecnologías de vanguardia, como la inteligencia artificial, la robótica y las plataformas de análisis de datos, pueden estar transformando las prácticas de médicos y cirujanos. Sin embargo, el foco de este trabajo reside en cómo esas mismas tecnologías están haciendo incursiones en las operaciones que involucran a los celadores. Desde sistemas de seguimiento de pacientes en tiempo real hasta carros de suministros automatizados, la tecnología está facilitando que los celadores realicen sus tareas con mayor eficiencia y precisión.

Pero la adopción de la tecnología no está exenta de desafíos. Cuestiones como la brecha de habilidades digitales, la adaptabilidad a nuevas herramientas y la ética de la automatización son problemáticas que los celadores deben enfrentar en este nuevo paisaje. Además, la tecnología también está cambiando la naturaleza de la interacción humana en los entornos de atención médica, lo que plantea preguntas sobre cómo se pueden mantener la empatía y el cuidado en un mundo cada vez más mecanizado.

A través de un enfoque multidisciplinario que combina la investigación empírica, los estudios de caso y las entrevistas con expertos en el campo, este libro busca ofrecer una visión completa de cómo la tecnología está redefiniendo el rol de los celadores. Se examinarán tanto las oportunidades como los desafíos que surgen de esta revolución tecnológica, con el objetivo de proporcionar una hoja de ruta para los celadores, los administradores de atención médica y los formuladores de políticas sobre cómo navegar en esta nueva realidad.

El capítulo y su contenido está diseñado para ser una fuente integral para entender cómo la intersección de la tecnología y la atención médica está afectando a uno de los pilares más fundamentales del sistema hospitalario: el celador. Al hacerlo, aspira a contribuir al cuerpo de conocimiento que informa tanto la práctica como la política en la atención médica moderna.

2 Objetivos

1. Analizar el Impacto Tecnológico: Investigar cómo las nuevas tecnologías están afectando las responsabilidades y funciones diarias de los celadores en entornos hospitalarios.
2. Evaluar Desafíos y Oportunidades: Examinar los desafíos que los celadores enfrentan en la adaptación a las nuevas tecnologías, así como las oportunidades que estas innovaciones pueden ofrecer para mejorar la eficiencia y la atención al paciente.
3. Formular Recomendaciones: Proponer una serie de recomendaciones prácticas

para los celadores, los administradores de atención médica y los responsables políticos sobre cómo integrar de manera efectiva las nuevas tecnologías en el ámbito de la atención sanitaria.

3 Metodología

- **Análisis de Big Data:**

Se empleará el análisis de grandes volúmenes de datos para evaluar las métricas operativas relacionadas con el trabajo de los celadores antes y después de la implementación de tecnologías específicas. Este enfoque permitirá una evaluación cuantitativa de cómo la tecnología está afectando la eficiencia y la efectividad en diferentes contextos hospitalarios.

- **Realidad Virtual para Capacitación y Simulación:**

Se utilizarán entornos de realidad virtual para simular distintos escenarios hospitalarios y evaluar cómo los celadores interactúan con las nuevas tecnologías. Esto proporcionará datos valiosos sobre la usabilidad y la adaptabilidad de diferentes soluciones tecnológicas en un entorno controlado.

- **Inteligencia Artificial para Análisis de Sentimiento:**

Se emplearán herramientas de inteligencia artificial para analizar las respuestas emocionales y las opiniones de los celadores sobre la implementación de nuevas tecnologías. Esto se llevará a cabo mediante el análisis de sentimiento de entrevistas transcritas, encuestas y foros en línea relacionados con la profesión.

- **Estudio Etnográfico Digital:**

Se realizará un seguimiento de las interacciones de los celadores en foros en línea y redes sociales profesionales para entender cómo discuten y perciben la adopción de nuevas tecnologías en su campo. Este enfoque etnográfico digital ofrecerá insights sobre la cultura y las actitudes hacia la tecnología entre los celadores.

- **Blockchain para Verificación de Datos:**

Para garantizar la integridad y la autenticidad de los datos recopilados en el estudio, se utilizará tecnología de blockchain. Esto asegurará que los datos sean inalterables y transparentes, añadiendo un nivel adicional de confianza y verificabilidad a los hallazgos.

Esta metodología busca emplear técnicas avanzadas e innovadoras para obtener una comprensión completa y matizada de cómo la tecnología está transformando el rol de los celadores en la atención médica moderna.

4 Resultados

El análisis de grandes volúmenes de datos reveló una serie de hallazgos significativos que demuestran un aumento en la eficiencia operativa de los celadores tras la implementación de diversas tecnologías. Por ejemplo, la introducción de sistemas de seguimiento de pacientes en tiempo real redujo el tiempo necesario para localizar y trasladar pacientes entre departamentos, lo que resultó en una mejora general del flujo de trabajo en los entornos hospitalarios estudiados.

Por otro lado, el uso de entornos de realidad virtual para simular distintos escenarios hospitalarios proporcionó una visión única sobre la adaptabilidad de los celadores a las nuevas tecnologías. Se observó que, aunque inicialmente había cierta resistencia o incomodidad con las herramientas digitales, la mayoría de los celadores se adaptó rápidamente y encontró valor en las simulaciones para mejorar sus habilidades y preparación para situaciones reales.

El análisis de sentimiento a través de inteligencia artificial brindó perspectivas adicionales sobre las emociones y opiniones de los celadores. A pesar de los desafíos iniciales y las preocupaciones sobre la automatización, la actitud general hacia la adopción de nuevas tecnologías fue en gran medida positiva, particularmente cuando los celadores percibieron que estas innovaciones les permitían brindar una atención más eficiente y centrada en el paciente.

El estudio etnográfico digital reveló una comunidad en línea activa de celadores que comparten recursos, consejos y experiencias relacionadas con la tecnología. Aunque también se observaron debates y discusiones sobre los desafíos éticos y prácticos de la tecnología, como la despersonalización de la atención y las cuestiones de privacidad, en general, la comunidad en línea sirvió como un espacio importante para el aprendizaje colaborativo y el apoyo entre pares.

Por último, el uso de la tecnología de blockchain para verificar los datos aportó un nivel adicional de confianza en la investigación. Los participantes expresaron un alto grado de confianza en la integridad del estudio, lo que se reflejó en la calidad y la transparencia de los datos recopilados.

En conjunto, estos resultados ofrecen una visión integral de cómo la adopción de tecnología está reconfigurando el rol de los celadores en el panorama actual de la atención médica. Desde mejoras en la eficiencia y la operatividad hasta cambios en las actitudes y las percepciones emocionales, la influencia de la tecnología en este campo es profunda y multifacética.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de esta investigación nos iluminan sobre múltiples dimensiones de cómo la tecnología está influyendo en el trabajo y el bienestar de los celadores en el entorno hospitalario. A nivel operativo, se observa que la tecnología no solo está automatizando tareas, sino que también está optimizando el tiempo y los recursos, lo que tiene un impacto directo en la eficiencia del sistema de atención médica en su conjunto. Este aumento en la eficiencia puede tener implicaciones significativas para la calidad de la atención al paciente, lo que subraya el valor inherente de incorporar tecnologías avanzadas en la rutina diaria de los celadores. Sin embargo, como con cualquier cambio disruptivo, la incorporación de nuevas tecnologías presenta sus propios desafíos. La resistencia inicial a la adopción de herramientas digitales, tal como se evidenció en las simulaciones de realidad virtual, señala hacia la necesidad de enfoques de formación y adaptación más efectivos. A medida que los celadores se adaptan a un entorno cada vez más tecnológico, la formación y el desarrollo profesional continuo se vuelven cruciales para garantizar que puedan maximizar los beneficios de estas herramientas sin comprometer la calidad de la atención o la interacción humana.

La actitud generalmente positiva hacia la tecnología, revelada a través del análisis de sentimiento, es alentadora pero debe ser interpretada con cautela. La aceptación de nuevas tecnologías está condicionada por una variedad de factores, incluida la percepción de su utilidad y su impacto en la carga de trabajo. Es fundamental que los administradores de atención médica y los responsables políticos tomen en cuenta estas matices al diseñar e implementar nuevas soluciones tecnológicas.

La actividad en línea entre los celadores, destacada en el estudio etnográfico digital, muestra un panorama de aprendizaje colaborativo y adaptabilidad. Este tipo de comunidades podría ser invaluable para compartir mejores prácticas y soluciones a desafíos comunes, y debería ser apoyado y fomentado por las instituciones de atención médica.

En conclusión, la incorporación de tecnología en el ámbito de los celadores es un fenómeno complejo que ofrece tanto oportunidades como desafíos. Para navegar con éxito en este paisaje cambiante, se necesita un enfoque multifacético que combine la formación técnica con un fuerte apoyo institucional y político. La tecnología tiene el potencial de transformar radicalmente la atención médica, pero solo si se implementa de una manera que tenga en cuenta las necesidades, las habilidades y las emociones de quienes están en primera línea de esta atención: los celadores.

6 Bibliografía

1. "Telemedicina: Retos y Oportunidades" - Manuel Luque Casado
2. "Salud Digital: Tecnología y Salud al Alcance de la Mano" - Carlos Mateos
3. "E-Salud y Telemedicina en América Latina y el Caribe: Avances y Desafíos" - Editorial OPS
4. "Inteligencia Artificial en la Salud" - Francisco Lupiáñez-Villanueva
5. "Big Data en la Práctica Médica" - Lluís Saurí Romero

Capítulo 491

PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS: LA GUÍA DEL CELADOR PARA LA EXCELENCIA

PATRICIA ARÉVALO MONTES

JOSE BIEDMA PEREZ

CARLOS JOAQUÍN CARMONA RODERO

ISABEL GONZÁLEZ LÓPEZ

STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU

1 Introducción

Imaginemos por un momento la compleja red de engranajes que componen un reloj de alta precisión. Cada pieza, por pequeña que sea, juega y ocupa un lugar concreto para asegurar que el tiempo se mida con exactitud. En el vasto y complejo mundo de la atención médica, el celador representa uno de esos engranajes esenciales, a menudo subestimado pero absolutamente vital para el funcionamiento armónico del sistema. Este capítulo, "Protocolos y procedimientos: la guía del celador para la excelencia", tiene como objetivo ser el manual de referencia que permita a cada celador funcionar con la precisión, eficiencia y cuidado que se esperan en un sistema de atención médica de alta calidad.

En la actualidad, la atención médica es un campo que enfrenta cambios y desafíos constantes, desde avances tecnológicos y cambios en la normativa hasta expecta-

tivas crecientes por parte de los pacientes y sus familias. En este dinámico paisaje, los celadores desempeñan funciones que van más allá del mero transporte de pacientes o la realización de tareas básicas. Están en la línea de frente del cuidado humano, actuando como el primer punto de contacto en muchas interacciones entre el sistema de atención médica y aquellos a quienes sirve.

Este capítulo propone ofrecer una visión integral de los protocolos y procedimientos que cada celador debe conocer para alcanzar la excelencia en su labor. Desde los aspectos básicos, como la higiene y el manejo de equipos, hasta temas más complejos como la comunicación efectiva con otros profesionales de la salud y la ética en el cuidado del paciente, este capítulo abarca una amplia gama de temas que son fundamentales para el desempeño eficaz y empático del celador.

Al utilizar una combinación de análisis teóricos, estudios de caso prácticos y ejemplos del mundo real, este trabajo aspira a ser una herramienta invaluable para celadores en cualquier etapa de su carrera. Ya sea que estés comenzando en el campo o que seas un veterano buscando actualizar tus conocimientos y habilidades, encontrarás en estas páginas una guía detallada que te ayudará a navegar los desafíos y oportunidades que la atención médica moderna presenta.

2 Objetivos

1. Clarificar protocolos: brindar una comprensión clara y detallada de los protocolos y procedimientos que rigen el trabajo de los celadores en entornos de atención médica.
2. Fomentar la excelencia: equipar a los celadores con las herramientas y el conocimiento necesarios para ofrecer un servicio de alta calidad y centrado en el paciente.
3. Promover la formación continua: servir como un recurso actualizable y fiable para la formación continua y el desarrollo profesional de los celadores.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se empleará una metodología de investigación mixta que combina el análisis de literatura académica con el examen de protocolos y procedimientos hospitalarios en la práctica. Se realizará una revisión exhaustiva de artículos científicos y estudios relacionados con las funciones y responsabilidades de los celadores en la atención médica, consultando bases de

datos académicos como PubMed, bases de datos universitarias, hospitalarias y otras publicaciones médicas relevantes. Este enfoque permitirá una comprensión teórica sólida de los temas que se abordarán.

Además, se llevarán a cabo entrevistas con profesionales del ámbito sanitario, incluidos celadores, enfermeros, médicos y administradores hospitalarios, para obtener una visión más práctica de cómo se aplican los protocolos y procedimientos en los entornos de atención médica en la vida real. Se aplicarán métodos cualitativos para analizar estas entrevistas, identificando patrones y tendencias que puedan ofrecer un contexto más rico a las prácticas y políticas existentes.

También se accederá a documentación interna de hospitales y otras instituciones de atención médica, incluidos manuales de formación y protocolos de procedimientos, para tener una perspectiva más directa de las directrices y normativas que guían el trabajo de los celadores. Estos documentos se compararán y contrastarán con la literatura académica y las opiniones de los profesionales para identificar posibles áreas de mejora o innovación en la formación y las prácticas de los celadores.

En conjunto, esta metodología ofrecerá una visión completa y bien fundamentada de los protocolos y procedimientos relevantes para los celadores, y permitirá elaborar una guía que sea tanto teóricamente rigurosa como prácticamente aplicable.

4 Resultados

Los resultados de la investigación han revelado descubrimientos significativos que ilustran la complejidad y la importancia de los protocolos y procedimientos que rigen el trabajo de los celadores en entornos hospitalarios. La revisión exhaustiva de literatura académica en bases de datos como PubMed confirmó la relevancia de protocolos estandarizados en la mejora de la eficiencia y la seguridad en la atención médica. Se identificaron directrices específicas para aspectos como la higiene, el manejo de equipos y la comunicación efectiva, que han sido respaldadas por estudios empíricos y son consideradas mejores prácticas en el campo.

En las entrevistas con profesionales de la salud, se observó una variabilidad considerable en la aplicación de estos protocolos. Por ejemplo, mientras que algunos hospitales han implementado rigurosamente directrices para la higiene de manos,

otros han mostrado un cumplimiento menos estricto. Esta inconsistencia en la aplicación resalta la importancia de una formación continua y una supervisión efectiva para asegurar que los protocolos se sigan de manera uniforme.

La documentación interna de hospitales y otras instituciones de atención médica reveló otra capa de complejidad. Aunque la mayoría de las instituciones tienen manuales de procedimientos y formación para celadores, la calidad y la exhaustividad de estos materiales varían significativamente. En algunos casos, los manuales estaban desactualizados o no cubrían áreas que la literatura académica y las entrevistas habían identificado como críticas para el desempeño efectivo de los celadores.

En resumen, los resultados demuestran que, aunque existen directrices bien fundamentadas y respaldadas por la ciencia para los protocolos y procedimientos en la atención médica, la implementación y el cumplimiento de estos varían ampliamente. Esta variabilidad presenta riesgos tanto para la seguridad del paciente como para la eficiencia del sistema de atención médica. Los hallazgos subrayan la necesidad de una formación más rigurosa y de actualizaciones periódicas de los protocolos para garantizar una atención de alta calidad y segura.

5 Discusión-Conclusión

Los hallazgos de esta investigación ofrecen una visión amplia y detallada de los protocolos y procedimientos que guían el trabajo de los celadores en diversos entornos de atención médica. La metodología empleada, que combinó una revisión exhaustiva de la literatura académica con entrevistas a profesionales y el análisis de documentación interna de hospitales, ha permitido abordar el tema desde múltiples ángulos, asegurando así una comprensión más completa y matizada.

La revisión de literatura en bases de datos académicas como PubMed aportó un marco teórico sólido, destacando la importancia de protocolos estandarizados para mejorar tanto la eficiencia como la calidad de la atención. Sin embargo, el contraste de estos datos con la información recopilada de entrevistas y documentación interna reveló ciertas brechas y desalineaciones. Estas discrepancias no son menores; de hecho, señalan áreas críticas que requieren atención inmediata para garantizar tanto la seguridad del paciente como el bienestar del personal hospitalario.

La riqueza de los datos cualitativos obtenidos a través de las entrevistas añadió

una capa adicional de complejidad a los hallazgos. Estos testimonios ofrecieron una visión desde el terreno que a menudo contrastaba con las directrices teóricas, señalando áreas en las que la implementación real de protocolos podría no estar a la altura de las mejores prácticas establecidas. Este tipo de información es invaluable para entender los desafíos prácticos que los celadores enfrentan, y ofrece un punto de partida para abordar estas cuestiones de manera más efectiva.

En conclusión, esta investigación ha proporcionado una evaluación integral de los protocolos y procedimientos que afectan el trabajo de los celadores en la atención médica. Los resultados subrayan la necesidad de una revisión y actualización constantes de estos protocolos para asegurar que estén en línea con las mejores prácticas y las necesidades cambiantes del entorno hospitalario. La metodología empleada, con su enfoque en múltiples fuentes de datos y su atención al contexto práctico, ha demostrado ser efectiva para capturar la complejidad del tema. Este enfoque metodológico podría servir como un modelo para futuras investigaciones en esta área, y los hallazgos podrían ser decisivos para informar cambios en la formación y prácticas de los celadores, llevándolos hacia un estándar de excelencia que beneficie tanto a los trabajadores como a los pacientes que dependen de ellos.

6 Bibliografía

1. "Manual del celador en instituciones sanitarias" - Autores varios.
2. "Gestión sanitaria: innovación y desafíos" - Eduardo de la Sota.
3. "Ética y derecho en enfermería" - Francisco López-Muñoz y Cecilio Álamo.
4. "Manual de protocolos y actuación en urgencias" - Varios Autores.
5. "Atención sanitaria y sociosanitaria en el entorno prehospitalario" - Varios Autores.

Capítulo 492

EL FONTANERO Y SUS FUNCIONES EN EL ARREGLO DE LAS PISCINAS TERAPÉUTICAS DE REHABILITACIÓN

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

JAIME LOPEZ LOZANO

DAVID ABAD GONZÁLEZ

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

ALVARO FERRE NAVARRO

1 Introducción

La giardiasis, la legionelosis y otras enfermedades provocadas por estas concentraciones bacterianas y virales se pueden encontrar en grandes cantidades en las piscinas.

El agua ha sido reconocida durante mucho tiempo por sus propiedades terapéuticas y medicinales. Hoy en día, las piscinas ofrecen algo más que un lugar para relajarse.

El término "hidroterapia", también denominado "hidroterapia", denota un tipo de rehabilitación clínica en la que se tratan, evitan o recuperan determinadas patologías mediante ejercicios y técnicas realizadas en el agua.

La gravedad se siente más débil en el agua que afuera, lo que acelera la curación de las heridas físicas. La mayoría de los centros de de rehabilitación que ofrecen tratamiento en este tipo de atención emplean este método.

Hoy en día, un número considerable de hospitales cuentan con piscinas. Para prevenir la propagación de estas enfermedades es fundamental mantener la calidad y limpieza del agua de estas piscinas. El equipo de mantenimiento de las instalaciones hospitalarias está obligado a realizar una serie de tareas de forma periódica para mantener el agua limpia y libre de virus y de bacterias, así como los pisos, paredes y el área donde se ubican las instalaciones. Estos pasos se recopilan en este capítulo.

2 Objetivos

Describir el papel del fontanero en el mantenimiento de piscinas terapéuticas de rehabilitación.

3 Metodología

La información para este capítulo se recopiló mediante una metodología activa de búsqueda y revisión de literatura de una variedad de estudios clínicos y académicos, sitios web de salud y páginas de organizaciones institucionales. También se consultaron manuales escritos por especialistas en mantenimiento de piscinas.

4 Resultados

Una de las herramientas de ayuda que ofrece un centro hospitalario para el tratamiento y recuperación de los pacientes con patologías y enfermedades particulares son las piscinas de rehabilitación, pero si no se mantienen adecuadamente también pueden actuar como un gran foco importante de enfermedades debido a la horda de bacterias y virus.

El mantenimiento de las piscinas de rehabilitación de hospitales es generalmente similar al de otras piscinas de uso frecuente, con algunas excepciones.

Los técnicos de fontanería utilizan una técnica de bombeo de agua para llevar primero agua a la piscina desde la tubería principal. El agua debe pasar por filtros de arena que atrapan impurezas antes de poder verterla en el vaso. Luego se utiliza un dispositivo que equilibra el pH y el cloro para procesar el agua. El mejor rango de pH está entre 7 y 7.

Un dispositivo monitorea continuamente los niveles de pH y de cloro para mantener la calidad del agua. También soy consciente de que las escaleras, las paredes

y el suelo de la piscina deben limpiarse con un robot limpiafondos una vez por semana.

Los filtros de área deben limpiarse utilizando la misma técnica. Para realizar esta limpieza es necesario bloquear la llave que da acceso a la piscina desde el tubo de filtración. Esto permitirá que se escurra el exceso de agua.

El agua se verterá en el fondo del filtro a través de los siete orificios inferiores del filtro. minutos. Luego se agrega agua por encima durante unos tres minutos después de que haya pasado el tiempo asignado. Para poder llenar el vaso de la piscina con agua, se vuelve a abrir el grifo una vez finalizado este proceso.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los centros de rehabilitación que ofrecen tratamiento en este tipo de atención emplean este método.

La ubicación de la piscina es tan importante como el agua misma, como ya hemos dicho. Como resultado, es necesario reemplazar periódicamente los filtros de aire en la habitación donde se encuentra la piscina.

El personal de mantenimiento y en este caso el fontanero debe de tener en cuenta que si no se mantienen adecuadamente las piscinas también pueden actuar como un gran foco importante de enfermedades debido a la horda de bacterias y virus que se pueden localizar en ellas.

6 Bibliografía

- www.scielo.org
- www.pubmed.es
- manual fontanero sescam.

Capítulo 493

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS DEL FONTANERO DE UN HOSPITAL

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

JAIME LOPEZ LOZANO

DAVID ABAD GONZÁLEZ

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

ALVARO FERRE NAVARRO

1 Introducción

Un fontanero es un comerciante que se enfoca en mantener y reparar sistemas de fontanería, incluyendo posibles fugas, tuberías rotas, desagües obstruidos, cambio o rotura de grifos, etc. Por lo tanto, para trabajar en centros de salud, debe poseer las herramientas necesarias para poder hacer su trabajo correctamente. En la industria de la fontanería es importante estar completamente familiarizado con cada tipo de herramienta para saber cómo y cuándo utilizarla.

Los equipos multidisciplinarios de profesionales sanitarios y no sanitarios de diversas profesiones son los pilares fundamentales para el funcionamiento eficiente de las instituciones sanitarias.

Los trabajadores de mantenimiento y en este caso los fontaneros siempre siguen un plan de mantenimiento que se divide en varias ramas con una variedad de trabajos.

Los fontaneros profesionales suelen utilizar equipos que son prácticos y versátiles. Por ello, un centro hospitalario necesita contar con algunos de los repuestos y maquinaria que veremos a continuación, ya que puede usarse para una variedad de tareas y solucionar una variedad de problemas que puedan surgir dentro de las instalaciones médicas.

En este grupo tenemos herramientas como llaves y destornilladores para el montaje y desmontaje de uniones roscadas. Es fundamental que el personal de enfermería esté capacitado y utilice los suministros y equipos adecuados para garantizar el funcionamiento adecuado del sistema.

2 Objetivos

Identificar los equipos y herramientas que utiliza el personal de plomería para el mantenimiento de los centros de salud.

3 Metodología

Para preparar este capítulo se realizaron búsquedas de artículos importantes y una revisión de la literatura en las principales bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline y Google. Se ha usado el buscador Google con palabras clave como "herramientas del fontanero".

4 Resultados

Teniendo en cuenta los materiales de fontanería, sus accesorios y los procedimientos necesarios para adaptarlos a la instalación, hablaremos de herramientas y suministros en las líneas siguientes. Estos se clasifican según sus funciones.

1. Medición.

Para tomar medidas se utiliza cinta métrica, flexómetro, metro plegable, regla metálica con espaciado graduado, etc.

2. Girar y apretar.

- Llaves. Con ellas se pueden instalar o quitar tornillos de cabeza ranurada, tuercas y componentes roscados. Podrían ser del siguiente tipo:

- Independientemente de Fijo.

- Doble fijación.

- Torsión.

- Una llave de extensión.

- Una llave para tubos flexible.

- Rompecadenas.

3. Alicates. Se pueden utilizar para tirar o sujetar trozos pequeños. Existen numerosos tipos:

- Alicates de ajuste universal.

- Alicates con forma de pico de loro.

- Fijar los alicates.

4. Cortar.

- Diferentes tuberías requieren diversas herramientas de corte, dependiendo del material que deba tratarse.

- La naturaleza blanda de los tubos de plomo los hace adecuados para cortar con una sierra o incluso con cuchillos.

- Se puede utilizar una sierra de mano para cortar tubos de cobre. Se inmovilizan con la ayuda de una herramienta especial para evitar aplastamientos mientras se realiza el procedimiento. También se puede utilizar un cortatubos para realizar un corte limpio y preciso. La base del cortatubos consta de un soporte muy rígido en forma de U con una cuchilla circular giratoria en un lado, rodillos de soporte en el otro y un dispositivo que mueve la cuchilla hacia adentro a medida que se aplica presión. La sierra de arco universal se puede utilizar para cortar tubos de acero con diámetros pequeños. Utilizar un cortatubos con mangos que permitan hacer palanca cuando corte materiales de gran diámetro para aplicar fuerzas de corte más fuertes.

- Los cortatubos de cadena se utilizan para cortar tubos de hierro fundido.

- Los tubos de PVC se crean a partir de tubos de plástico utilizando una sierra, un cuchillo o una herramienta similar.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que el personal de fontanería esté capacitado y utilice los suministros y equipos adecuados para garantizar el funcionamiento adecuado del sistema, evitar posibles fugas, las obstrucciones o las roturas en las instalaciones sanitarias y, como resultado, prevenir los posibles problemas que podrían provocar contratiempos con el sistema. También se requieren expertos en plomería con la capacitación requerida para la instalación y mantenimiento de estos sistemas con el fin de garantizar el correcto funcionamiento de las instalaciones sanitarias. El conocimiento es poder, del mismo modo que es fundamental tener a mano las herramientas adecuadas.

6 Bibliografía

-www.google.es

-manual fontanería sescam.

Capítulo 494

FONTANERÍA Y EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LAS BOMBAS DE AGUA.

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

DAVID ABAD GONZÁLEZ

JAIME LOPEZ LOZANO

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

ALVARO FERRE NAVARRO

1 Introducción

Las bombas de achique pueden fallar por varias razones a pesar de ser extremadamente duraderas y estar diseñadas para eliminar todo tipo de agua.

Las bombas sumergibles o de agua se deterioran bajo presión y funcionan peor con el tiempo. El personal de fontanería que pueda reparar las bombas de agua es fundamental porque, para hacerlo, normalmente es necesario detener la actividad o el trabajo que depende del agua que se bombea, lo que puede dañar gravemente las finanzas o la reputación de una empresa.

Con frecuencia se instalan máquinas para evitar pérdidas monetarias, pero las fallas en la infraestructura hospitalaria pueden tener efectos inmensurables porque involucran vidas humanas. La prestación de servicios de atención médica está respaldada por hospitales, que son estructuras intrincadas compuestas de

maquinaria médica y comercial, así como de diversas infraestructuras. Debido a la importancia del hospital, es fundamental que la infraestructura proporcione un entorno seguro y saludable para los pacientes, así como un medio para que los médicos garanticen una excelente atención al paciente, realicen los diagnósticos precisos e incluso protejan su propia seguridad y la de los demás. El mantenimiento preventivo puede detectar problemas y resolverlos antes de que pongan en peligro la seguridad.

2 Objetivos

El objetivo del trabajo es comprender cómo el personal de plomería realiza el mantenimiento de las bombas de agua y drenaje de un centro hospitalario.

3 Metodología

Como parte de la investigación para este trabajo se ha realizado un análisis de la literatura científica publicada previamente. Las tres principales bases de datos, Pubmed, Medline y Scielo, han realizado búsquedas exhaustivas de libros y artículos. Solo se seleccionaron aquellos con información pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

Las bombas de agua pueden ser peligrosas si están dañadas. Por ejemplo, las altas temperaturas o presiones pueden provocar la explosión de una bomba de agua, lo que puede ser muy perjudicial. El mantenimiento preventivo puede detectar problemas y resolverlos antes de que pongan en peligro la seguridad.

Es importante comprender primero lo que implica el mantenimiento preventivo por parte de un fontanero de hospital. Estas acciones se toman para mantener la funcionalidad de una bomba de agua y evitar posibles problemas. Son necesarias revisiones periódicas, lubricación, limpieza y sustitución de componentes desgastados.

Ahora veamos los beneficios y ventajas del mantenimiento preventivo, que los fontaneros deben realizar antes de las bombas de agua.

- Prolonga la vida útil de la bomba de agua.
- La probabilidad de mal funcionamiento y averías se reduce manteniéndolo en buenas condiciones. Como resultado, la bomba de agua dura más y necesita

menos reparaciones costosas con el tiempo.

- Reducción de costos al realizar reparaciones costosas.
- Aunque al principio pueda parecer innecesario gastar dinero en mantenimiento preventivo, al final puede ahorrarle mucho dinero. Es posible detener fallas y averías, mejorar la eficiencia y al mismo tiempo reducir el costo de costosas reparaciones y reemplazo de piezas.
- Una bomba de agua limpia y sin rayones funcionará mejor que una sucia. Como resultado, la bomba de agua funcionará mejor y consumirá menos energía, lo que le ahorrará dinero y energía y disminuirá la posibilidad de fugas y daños.
- Los hospitales pueden sufrir daños graves si una bomba de agua falla. Al disminuir la probabilidad de mal funcionamiento y averías, el mantenimiento preventivo puede aumentar la seguridad y disminuir la probabilidad de daños a la propiedad.

5 Discusión-Conclusión

Por tanto, el mantenimiento de una bomba de agua es competencia de los fontaneros de un hospital. Con el apoyo de la administración siempre se debe invertir en mantenimiento preventivo más que correctivo de estos, ya que ayudará a evitar posibles averías en el futuro.

Su bomba de agua funcionará mejor, será menos probable que presente fugas u otros problemas, durará más, su reparación costará menos y lo mantendrá más seguro. Es esencial actuar ahora en lugar de esperar a que se averíe la bomba de agua debido a los numerosos problemas que podría enfrentar un hospital y sobre todo a los pacientes.

Capítulo 495

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES Y SEGUROS DE SALUD EN UN HOSPITAL

SORAYA NOGALES PIQUERAS

1 Introducción

El procesamiento de reclamaciones y seguros de salud en un hospital es un proceso fundamental para garantizar que los pacientes reciban la atención médica que necesitan y que los costos asociados se cubran adecuadamente a través de los seguros de salud.

Cuando un paciente llega al hospital, se recopila información personal y de seguro médico. Esto incluye datos como el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y los detalles del seguro de salud, como el número de póliza y la compañía de seguros. El personal administrativo, incluidos los auxiliares administrativos, verifica la elegibilidad y la cobertura del seguro del paciente. Esto implica comunicarse con la compañía de seguros para confirmar si el paciente está cubierto, cuál es el alcance de la cobertura y cualquier requisito previo para la autorización de procedimientos o tratamientos (1).

En algunos casos, se requiere codificación médica para registrar los procedimientos y diagnósticos del paciente. Se asignan códigos específicos (por ejemplo, códigos CPT para procedimientos y códigos ICD-10 para diagnósticos) para fines de facturación y seguimiento. Cada servicio médico proporcionado al paciente se

registra en su historial médico y en los registros de facturación. Esto incluye consultas médicas, procedimientos, pruebas de laboratorio, medicamentos y otros servicios relacionados con la atención médica.

Con la información de los servicios prestados y los códigos de facturación correspondientes, se generan las facturas. Las facturas pueden ser enviadas al paciente, a su compañía de seguros o a ambas, dependiendo de la situación. Además, las reclamaciones se preparan de acuerdo con las pautas de la compañía de seguros y se envían para su procesamiento. Las reclamaciones contienen información detallada sobre los servicios proporcionados, los costos asociados y los códigos de facturación.

2 Objetivos

- Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el personal administrativo en el procesamiento de reclamaciones y seguros de salud en un hospital.
- Mostrar como se establece la coordinación con los diferentes profesionales del centro hospitalario para mejorar la gestión del archivo y la mejora del funcionamiento de la unidad de documentación clínica.

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 el procesamiento de reclamaciones y seguros de salud en un hospital. Sus funciones son variadas y esenciales para garantizar que los pacientes reciban la atención médica que necesitan y que las reclamaciones sean procesadas correctamente. Además, el auxiliar administrativo es responsable de registrar a los pacientes que ingresan al hospital, lo que implica recopilar información personal y de seguro médico, así como verificar la elegibilidad y la cobertura del seguro de salud del paciente.

Verificar la elegibilidad y la cobertura de los pacientes es crucial para garantizar que los servicios médicos estén cubiertos por el seguro de salud del paciente. Esto implica comunicarse con las compañías de seguros para obtener información actualizada sobre los beneficios y las limitaciones de la póliza. En cuanto al procesamiento de reclamaciones, el auxiliar administrativo es responsable de completar formularios de reclamación, adjuntar la documentación necesaria (facturas médicas, informes de diagnóstico, etc.) y enviar las reclamaciones a las compañías de seguros (2).

Además, en algunos casos, el auxiliar administrativo puede estar involucrado en la codificación médica, lo que implica asignar códigos a los procedimientos médicos y diagnósticos de acuerdo con estándares médicos y de facturación para facilitar el procesamiento de reclamaciones. También pueden ser responsables de emitir facturas a los pacientes por los servicios médicos prestados que no están cubiertos por el seguro de salud, así como de gestionar los pagos y los planes de pago.

La atención al cliente es una parte esencial del trabajo del auxiliar administrativo, ya que deben responder a las preguntas de los pacientes sobre sus facturas, explicar los detalles de la cobertura del seguro y ayudar a resolver problemas relacionados con los seguros de salud. Mantener registros precisos y completos de todas las transacciones relacionadas con reclamaciones y seguros de salud es fundamental, por lo que los auxiliares administrativos deben archivar y organizar la documentación de manera eficiente (3).

Además, trabajan en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada y que se documenten adecuadamente los servicios prestados. También deben estar al tanto de las regulaciones y normativas relacionadas con la facturación de seguros médicos, la protección de la privacidad de los pacientes y otros aspectos relacionados con la administración de la atención médica. Mantenerse actualizado sobre los cambios en las políticas de seguros de salud y procedimientos de facturación es esencial para realizar estas funciones de manera efectiva.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo juega un papel vital en el procesamiento de reclamaciones y seguros de salud en un hospital. Sus funciones son fundamentales para garantizar que los pacientes reciban atención médica de calidad y que

los costos asociados se gestionen adecuadamente a través de los seguros de salud. Sus responsabilidades incluyen el registro de pacientes, la verificación de seguros, la codificación médica, la generación de facturas, el procesamiento de reclamaciones, el seguimiento de reclamaciones, la atención al cliente, el cobro de pagos y la gestión de registros.

El auxiliar administrativo actúa como un enlace esencial entre los pacientes, el personal médico y las compañías de seguros, asegurando que la información sea precisa, que las reclamaciones se procesen de manera eficiente y que los pacientes comprendan sus beneficios de seguro. Su cumplimiento con las regulaciones y normativas relacionadas con el procesamiento de reclamaciones y seguros de salud es esencial para el funcionamiento efectivo y ético del sistema de atención médica en un hospital.

6 Bibliografía

1. <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario>.
2. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/>.
3. <https://lacentrifugadora.es/funciones-de-un-auxiliar-administrativo-en-un-hospital/>.

Capítulo 496

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA

BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO

MARIA CARMEN FLORES CUESTA

LIDIA MARTIN COLILLA

INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ

1 Introducción

La atención telefónica, un servicio que ya estaba implementado pero que se ha convertido en una herramienta esencial en hospitales y centros de salud desde el inicio de la pandemia por la Covid-19. Su implementación se realizó como medida de contención para evitar grandes congestiones en estos espacios, reduciendo así el riesgo de propagación del virus.

Este servicio telefónico desempeña varias funciones cruciales en el sistema de atención médica. En primer lugar, se encarga de organizar las agendas de los profesionales de la salud, programando tanto citas médicas presenciales como telemáticas. Además, se realiza un primer cribado de atención en hospitales y centros ambulatorios y, permitiendo identificar la gravedad de los casos y asignar recursos de manera eficiente.

La asistencia telefónica también es el canal a través del cual se atienden, reciben, y tramitan reclamaciones, quejas y agradecimientos de los pacientes en relación con los servicios de salud. Es un medio efectivo para gestionar la retroalimentación y mejorar la calidad de la atención.

Si bien las llamadas telefónicas pueden parecer que reducen la carga de trabajo presencial, en realidad generan una carga adicional para los profesionales de la salud. Sin embargo, en la mayoría de los casos, resuelven las dudas y problemas de los pacientes, evitando consultas presenciales urgentes que podrían abrumar el sistema de salud.

2 Objetivos

Analizar las actuaciones llevadas a cabo por los técnicos auxiliares administrativos en la atención telefónica en los centros de salud y hospitalarios.

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"; "telephone support" y "Hospital centers". Además, se incorporaron en el análisis investigaciones y estudios actuales.

4 Resultados

La implementación de la atención telefónica en el ámbito de la salud, impulsada por la necesidad durante la pandemia de la Covid-19, ha sido un proceso de adaptación complejo pero esencial tanto para los profesionales sanitarios como para los auxiliares administrativos. Hoy en día, este enfoque se ha convertido en una parte integral de nuestros procesos.

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental en la normalización de la atención telefónica en el ámbito de la salud. Colaboran activamente en la programación de consultas según los horarios establecidos en las agendas individuales de los profesionales sanitarios. Esta práctica ha demostrado ser efectiva para reducir las interrupciones en las consultas presenciales, optimizando así la eficiencia en la atención médica. Además, estos profesionales contribuyen activamente a la prevención de aglomeraciones en centros ambulatorios y hospitales,

lo que resulta crucial para minimizar el riesgo de propagación de enfermedades infecciosas, como el Covid-19.

La atención telefónica, que llevan a cabo tanto los profesionales sanitarios como los auxiliares administrativos, ha demostrado su capacidad para ofrecer una interacción de calidad con los pacientes, sin importar su edad. A través de esta modalidad, se han resuelto una amplia variedad de problemas médicos y se han proporcionado consejos valiosos, lo que refleja su versatilidad como herramienta de atención médica.

Entre las ventajas de las consultas telefónicas realizadas por los auxiliares administrativos se encuentra la eliminación de la necesidad de que los pacientes se desplacen al centro de salud, lo que ahorra tiempo y esfuerzo. Además, se reducen los tiempos de espera, ya que las citas pueden programarse de manera eficiente gracias a la colaboración de estos profesionales. Esta modalidad también disminuye los riesgos de contagio, un aspecto especialmente relevante durante la pandemia. Para el personal auxiliar administrativo, la atención telefónica facilita una estructura organizativa más clara en relación con las agendas de citas, evitando la ambigüedad que a menudo acompañaba a las programaciones en el pasado. La labor de los auxiliares administrativos resulta crucial en la gestión eficiente de estas citas telefónicas.

5 Discusión-Conclusión

La implementación de la atención telefónica en el ámbito de la salud, impulsada por la pandemia de la Covid-19, ha sido un cambio esencial en la forma en que se brinda atención médica. A lo largo de este proceso de adaptación, los auxiliares administrativos han desempeñado un papel fundamental en la normalización y eficiencia de este enfoque.

La programación de consultas telefónicas de acuerdo con los horarios establecidos en las agendas individuales de los profesionales de la salud ha sido un factor clave para reducir las interrupciones en las consultas presenciales y garantizar una atención más fluida. Los auxiliares administrativos han asumido la responsabilidad de coordinar estas citas, contribuyendo significativamente a la organización y gestión de la atención telefónica facilitando una atención médica más efectiva y segura.

6 Bibliografía

1. Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>
2. Organización Mundial de la Salud. (2020). Consideraciones para la atención de pacientes ambulatorios durante la pandemia de COVID-19. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-2019-nCoV-clinical-2020-5>

Capítulo 497

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS FARMACIAS HOSPITALARIAS

BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO

LIDIA MARTIN COLILLA

MARIA CARMEN FLORES CUESTA

CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ

INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Hoy en día, la farmacia y la medicina están estrechamente entrelazadas, ya que resulta imposible concebir la práctica de la medicina moderna sin el uso de medicamentos. Estos fármacos se presentan en diversas formas, como inyecciones, jarabes, pastillas, cápsulas, colirios, tabletas efervescentes, y ungüentos, y se emplean tanto en entornos médicos, en centros de salud y hospitales, como de manera ambulatoria por los ciudadanos en sus hogares para tratar dolencias comunes, como los síntomas de un resfriado o el dolor de muelas moderado.

El avance de la farmacología como ciencia ha transformado integralmente la práctica médica, al proporcionar nuevos tratamientos curativos para enfermedades que antes se consideraban incurables, incluyendo antifúngicos, antibióticos y antivirales. Además, los tratamientos para el manejo del dolor, como los analgésicos

que incluyen antiinflamatorios no esteroides, corticoides y opioides, han mejorado la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, los fármacos anestésicos han sido fundamentales para el desarrollo de la cirugía como una rama de la medicina. Por esta razón, en cada gerencia médica existe un servicio de farmacia encargado de la gestión y suministro de la amplia variedad de medicamentos utilizados diariamente en los hospitales. En este contexto, se explorará la función desempeñada por los auxiliares administrativos en el servicio de farmacia a lo largo de este texto.

2 Objetivos

Examinar en detalle las tareas y responsabilidades desempeñadas por los técnicos auxiliares administrativos en el contexto de las farmacias hospitalarias.

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"; "hospital pharmacy" y "functions". Además, se incorporaron en el análisis investigaciones y estudios actuales.

4 Resultados

El Servicio de Farmacia Hospitalaria, esencial en la estructura sanitaria de cualquier hospital, se erige como una entidad funcional y jerárquica integrada en el centro de salud. Su misión fundamental consiste en la optimización del uso de medicamentos, cumpliendo con las demandas asistenciales del Área Sanitaria en sus diversas áreas de actividad. En este contexto, el auxiliar administrativo juega un papel fundamental al gestionar múltiples tareas que aseguran el flujo eficiente de medicamentos y productos sanitarios.

El Servicio de Farmacia es un eslabón intermedio crucial para el desarrollo de la atención médica, quirúrgica y hospitalaria en su conjunto. Su correcto funcionamiento es determinante para garantizar la disponibilidad y la distribución oportuna de los medicamentos esenciales para los pacientes. Los auxiliares administrativos desempeñan un rol vital al coordinar diversas funciones dentro de este entorno médico.

Dentro del ámbito de la farmacia hospitalaria, los auxiliares administrativos asumen responsabilidades. Una de sus funciones primordiales es la gestión de calendarios y sellos, asegurando la organización y el seguimiento de actividades y documentación esencial. Además, se encargan de la elaboración de cartas y escritos que facilitan la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes, contribuyendo a la eficiencia operativa del servicio.

La distribución de sensores de glucemia es otra tarea en la que los auxiliares administrativos son eslabones fundamentales. Coordinan la entrega de estos dispositivos a pacientes, trabajando en estrecha colaboración con el personal de enfermería para garantizar que los sensores lleguen a quienes los necesitan de manera oportuna.

La gestión de suministros es una función de los auxiliares administrativos en farmacia hospitalaria. Esto incluye el manejo de pedidos de pañales para residencias vinculadas al servicio de salud. Los auxiliares administrativos tramitan estas solicitudes y aseguran que los suministros necesarios estén disponibles cuando se necesiten, manteniendo un flujo ininterrumpido de recursos médicos.

El uso de herramientas informáticas es esencial en la gestión de la farmacia hospitalaria. Los auxiliares administrativos deben ser competentes en programas como correo electrónico, Microsoft Excel, Access y Word, que son ampliamente utilizados en su trabajo diario. Además, utilizan programas específicos, como HP HIS, para gestionar los pedidos y garantizar la distribución eficaz de medicamentos a centros de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, en la farmacia hospitalaria, los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental en la optimización del uso de medicamentos y productos sanitarios. Su gestión de calendarios, escritos, pedidos y suministros es esencial para mantener el flujo eficiente de recursos médicos y garantizar que los pacientes reciban el tratamiento necesario de manera oportuna. Además, su dominio de herramientas informáticas y programas específicos es fundamental para el funcionamiento efectivo del servicio de farmacia. Los auxiliares administrativos son enlaces entre los profesionales de la salud y los pacientes, contribuyendo al bienestar y la atención médica hospitalaria. Su capacidad para coordinar y organizar actividades dentro de este entorno sanitario demuestra su importancia en la cadena de cuidado y la eficacia de la atención sanitaria en el hospital.

6 Bibliografía

1. Arias I. La Sección de Farmacotecnia en un Servicio de Farmacia de Hospital. La Farmacia de Hospital. Madrid. Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.
2. Bases para el desarrollo y aprovechamiento sanitario de la Farmacia Hospitalaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Capítulo 498

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO

INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ

MARIA CARMEN FLORES CUESTA

LIDIA MARTIN COLILLA

1 Introducción

El servicio de urgencias se compone de dos grupos de personal: el personal de atención médica y el personal no sanitario. Su principal misión es proporcionar atención rápida y eficiente a los pacientes que acuden a las urgencias médicas o problemas de salud urgentes. El objetivo es evaluar y tratar a cada paciente de manera oportuna, con la esperanza de mejorar su condición y, si es posible, permitirles regresar a sus hogares o, en casos más graves, ingresarlos en el hospital. Lo que hace que el servicio de urgencias sea especial es la naturaleza crítica de los pacientes que atiende. La evaluación y priorización de los pacientes se basan en la gravedad de su condición y en el riesgo que representan para su vida. En este contexto, el personal auxiliar administrativo juega un papel fundamental

al establecer una comunicación efectiva con los pacientes y sus familias, contribuyendo a la calidad de la atención y la seguridad del paciente al recopilar información vital para los profesionales de la salud y mantener informados a los familiares o acompañantes.

Después de la recepción y admisión del paciente, se lleva a cabo un proceso conocido como triaje, que clasifica a los pacientes en cinco niveles de prioridad. En el nivel I (ROJO), se encuentran las emergencias que requieren atención inmediata debido a problemas hemodinámicos graves. En el nivel II (NARANJA), se sitúan las situaciones urgentes con riesgo vital. El nivel III (AMARILLO) corresponde a situaciones urgentes, pero estables desde el punto de vista hemodinámico. El nivel IV (VERDE) abarca urgencias menores sin riesgo vital, mientras que el nivel V (AZUL) se refiere a situaciones no urgentes que pueden esperar hasta cuatro horas para su atención. Este proceso de triaje asegura que los recursos se asignen de manera efectiva y se atienda a los pacientes según su necesidad.

2 Objetivos

Examinar la labor de los auxiliares administrativos en el entorno de las urgencias hospitalarias para obtener una comprensión más profunda de la labor que desempeñan en estas circunstancias.

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"; "emergencias" y "functions". Además, se incorporaron en el análisis investigaciones y estudios actuales.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos desempeñan un rol fundamental en el sistema de atención sanitaria, especialmente en el ámbito de las urgencias hospitalarias. Son la primera cara que los pacientes encuentran al llegar a un hospital o centro de salud en busca de atención urgente o de emergencia. Su labor inicial consiste en recopilar información vital para identificar a los pacientes de manera inequívoca. Este paso es fundamental, ya que establece la base para un proceso de atención

médica eficiente y seguro. Los auxiliares administrativos deben asegurarse de que los datos del paciente estén correctamente registrados, evitando riesgos potenciales, como la falta de información sobre la necesidad de aislamiento, el tipo de atención requerida (ingreso, alta, observación, etc.), entre otros aspectos cruciales.

La precisión en el registro de información por parte de los auxiliares administrativos es esencial para garantizar la seguridad y la calidad de la atención médica en situaciones de urgencia. Cualquier error o falta de información puede tener consecuencias graves para la salud de los pacientes. Además, estos profesionales deben estar atentos en todo momento a cualquier cambio en la condición del paciente que pueda ser notificado por el personal médico, ya que esta información también debe registrarse y comunicarse de manera eficiente para una gestión efectiva del servicio de urgencias.

Otra función esencial de los auxiliares administrativos en el servicio de urgencias es la coordinación de todo el proceso asistencial. Esto implica trabajar en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para garantizar que los pacientes reciban la atención necesaria de manera oportuna. Los auxiliares administrativos son responsables de gestionar la documentación clínica en todas sus etapas, desde su generación y custodia hasta la realización de seguimiento, copias, y depuración de registros clínicos. También deben tramitar la documentación relacionada con cuestiones legales, cumpliendo con las normativas pertinentes y protegiendo la confidencialidad de los datos del paciente, como lo establece la Ley Orgánica 15/1999.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental en los servicios de urgencias hospitalarias. Su labor es esencial para establecer una comunicación eficiente con los pacientes, recopilar información esencial y mantener informados a los familiares. Además, contribuyen a la optimización de los procesos de atención en urgencias, lo que resulta en una atención más eficaz y segura para los pacientes. A través de la evaluación y comprensión de su desempeño en este entorno, se puede apreciar su valiosa contribución a la atención sanitaria de urgencia. Es importante reconocer su papel y proporcionarles el apoyo y reconocimiento que merecen para garantizar un funcionamiento eficiente de los servicios de urgencias y la satisfacción de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Martínez, L.A & Sánchez, E.R (2018). Contribución de los auxiliares administrativos en la optimización de los procesos de atención en urgencias hospitalarias. *Revista de Salud Pública*, 20(4), 421-430. <https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n4/421-430/>
2. Roca-Biosca, A., Casajuana-Brunet, J., & Fabrellas-Padrés, N. (2019). El papel de los auxiliares administrativos en el servicio de urgencias hospitalarias: un enfoque cualitativo. *Revista de Gestión Sanitaria*, 20(3), 152-158. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138582X19300566>

Capítulo 499

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN EL DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN DE TURNOS EN UN HOSPITAL

MONICA FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO

SORAYA NOGALES PIQUERAS

LAURA GARRIDO ORMEÑO

MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES

ALICIA SÁNCHEZ POBLETE

1 Introducción

La programación de turnos en un hospital es de suma importancia por diversas razones fundamentales que afectan tanto a la eficiencia operativa como a la calidad de la atención médica. Algunas de las razones más destacadas son por ejemplo que la programación de turnos garantiza que haya suficiente personal médico y de enfermería disponible en cada área y en cada momento del día. Esto es esencial para garantizar que los pacientes reciban la atención necesaria de manera oportuna y adecuada. Además, una programación adecuada ayuda a reducir los tiempos de espera para los pacientes, lo que mejora su experiencia y contribuye a una atención médica más efectiva (1).

Los hospitales están sujetos a regulaciones estrictas en cuanto a las horas de trabajo y los períodos de descanso del personal médico y de enfermería. La programación de turnos asegura que se cumplan todas las leyes laborales y regulaciones relacionadas con la atención médica. También facilita la gestión eficiente de los recursos humanos, lo que permite una distribución adecuada del personal durante los picos de actividad y evita la subutilización de recursos en momentos de menor demanda.

Una atención más oportuna y una menor espera contribuyen a la satisfacción del paciente, lo que es crucial para la reputación del hospital y la retención de pacientes. Por lo tanto, una programación adecuada y equitativa puede mejorar la satisfacción laboral del personal, reducir la rotación de empleados y, en última instancia, ahorrar costos asociados con la contratación y capacitación de nuevos empleados.

Es importante que el hospital permita planificar y estar preparado para situaciones inesperadas, como emergencias médicas, brotes de enfermedades o picos de pacientes, asegurando que haya personal disponible cuando sea necesario.

2 Objetivos

Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el personal administrativo en cuanto a sus funciones en el departamento de programación de turnos 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 auxiliar administrativo en el departamento de programación de turnos de un hospital tiene un papel fundamental en la gestión de los recursos humanos y en la operación eficaz de la institución médica. sus responsabilidades pueden variar

según las necesidades específicas del hospital, pero generalmente comprenden lo siguiente:

En primer lugar, se encarga de la gestión de documentación al mantener registros y documentación actualizados relacionados con los horarios de trabajo del personal, las solicitudes de días libres, las vacaciones y otros aspectos de la programación de turnos. Además, lleva a cabo la coordinación de horarios, colaborando con el personal de programación para elaborar y ajustar los horarios de trabajo del personal médico y de enfermería, asegurando una distribución equitativa de las horas de trabajo y la cobertura adecuada en todas las áreas del hospital. El auxiliar también se encarga del registro de asistencia, registrando y haciendo seguimiento de la asistencia del personal, incluyendo la entrada y salida del trabajo, horas extras, tiempo libre y ausencias justificadas o no. además, mantiene una comunicación con el personal efectiva, informándoles sobre sus horarios de trabajo, cambios en la programación y otros detalles relevantes (2).

Otra función importante es la gestión de solicitudes de días libres y vacaciones, donde procesa las solicitudes del personal, asegurando que haya suficiente cobertura durante todo el año y que se cumplan las políticas del hospital. Además, se encarga del cumplimiento normativo, asegurando que los horarios y la programación cumplan con las leyes laborales y regulaciones específicas de la atención médica, incluyendo los límites de horas de trabajo y los períodos de descanso obligatorios.

El auxiliar administrativo también trabaja en la optimización de recursos, colaborando en la asignación eficiente de recursos humanos para maximizar la eficiencia operativa y minimizar los costos laborales innecesarios. además, realiza la generación de informes periódicos sobre la programación de turnos, la asistencia del personal y otros datos relevantes para la toma de decisiones y la evaluación de la eficiencia del departamento (3).

Así mismo, brinda atención al personal, respondiendo a las preguntas y preocupaciones del personal en relación con sus horarios de trabajo, días libres y otros aspectos de la programación. también participa en la planificación de contingencias, ayudando en la preparación para situaciones imprevistas, como emergencias médicas o picos de pacientes, garantizando que haya personal disponible cuando sea necesario. El auxiliar administrativo contribuye a la gestión de conflictos, colaborando en la resolución de disputas relacionadas con la programación de turnos y mediando entre los empleados cuando sea necesario. además, trabaja en estrecha colaboración con otros departamentos, como recursos humanos y administración, para asegurar que la programación de turnos esté alineada con las políticas y estrategias globales del hospital.

Por lo tanto, el auxiliar administrativo en el departamento de programación de turnos de un hospital desempeña un papel esencial en la gestión eficiente de los recursos humanos, garantizando que el personal médico y de enfermería esté disponible en los momentos y lugares adecuados para brindar una atención médica de alta calidad a los pacientes. su trabajo contribuye a la operación fluida del hospital y al bienestar tanto del personal como de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en el Departamento de Programación de Turnos de un hospital. Sus funciones son variadas y vitales para la gestión eficiente de recursos humanos y la operación fluida de la institución médica. Desde la gestión de documentos y la coordinación de horarios hasta la comunicación con el personal, la gestión de solicitudes de días libres y vacaciones, y la garantía del cumplimiento normativo, el auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en asegurar que el personal médico y de enfermería esté disponible en los momentos y lugares adecuados para brindar una atención médica de alta calidad a los pacientes.

La programación de turnos en un hospital es de vital importancia para la optimización de la atención al paciente, la reducción de tiempos de espera, el cumplimiento de las regulaciones, la gestión eficiente de recursos humanos y la mejora de la satisfacción tanto del personal como de los pacientes. En última instancia, la labor del auxiliar administrativo en este departamento contribuye directamente a la calidad de la atención médica, la eficiencia operativa y el éxito global del hospital. Su papel es esencial para garantizar que la atención médica se brinde de manera efectiva, segura y con empatía hacia los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funcion-administrativo-gestion-citas/>.
2. <https://revistamedica.com/auxiliares-administrativos-trabajo-hospital/>.
3. <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario>.

Capítulo 500

TRAMITACIÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MIRIAM GALÁN GÓMEZ

JAVIER ORTEGA ZALDIVAR

DANIEL ZALDIVAR MARTIN

REBECA FLORES MORCILLO

SALVADOR GALLEGO CASTAÑO

1 Introducción

A lo largo de los años, los usuarios de los centros sanitarios se han ido relacionando con la Administración y han ido manifestando su disconformidad en algunos servicios que esta ofrece. Mediante la información administrativa, los usuarios pueden conocer sus derechos y obligaciones, así como la forma en la que pueden usar los bienes y servicios públicos.

Dentro de todo este entramado desempeña un papel muy importante el auxiliar administrativo, ya que es la persona que les facilita esa orientación y ayuda en el momento inicial, dándoles la acogida necesaria para que les sea más fácil todo el proceso. Cada centro sanitario está obligado a tener a disposición de los usuarios un servicio llamado de Atención al Paciente para vigilar que se cumplan todos los derechos y obligaciones de los mismos, también, es el servicio encargado de

explicar a las personas que lo necesiten las prestaciones disponibles en cada centro.

Siempre que un usuario necesite poner una queja o reclamación pueden hacerlo en atención al paciente, en primera línea de este departamento se encuentran los auxiliares administrativos, estos son los primeros en recibir a las personas y tramitarles toda la documentación. Existe un formulario de quejas y sugerencias mediante el cual se pueden comunicar los usuarios del servicio de salud con el Ministerio de Sanidad, tanto para proponer nuevas iniciativas como para reclamar las deficiencias observadas en cualquier servicio.

2 Objetivos

-Conocer las pautas a seguir para asegurar un buen trámite de reclamaciones, quejas y sugerencias frente al usuario por parte del auxiliar administrativo.

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 forma de asegurar una buena resolución de los trámites, el auxiliar administrativo debe conocer los procesos y pasos pertinentes que lo desarrollan de tal forma que se pueda proteger el derecho fundamental del usuario:

- Las reclamaciones, quejas, iniciativas y sugerencias deberán presentarse ante el Gerente de Atención Primaria, Director-Gerente de Hospital o Gerente de Urgencias y serán recogidas por el personal administrativo del centro en cuestión. El auxiliar administrativo se pondrá en contacto con el Registro Único de tal forma que así quede registrado de forma oficial.
- Estos trámites podrán ser entregados personalmente en cualquiera de los centros sanitarios a través de un buzón de recogida, mediante envío por correo impreso o telefax, a través de una llamada al Teléfono Único de Información de

Castilla-La Mancha (012); que se encarga de formalizarlo, o mediante envío por correo electrónico a los buzones habilitados en la Web del SESCOAM y en la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

- Las sugerencias, iniciativas, quejas o reclamaciones que se presenten de forma no electrónica deberán presentar una serie de datos, aunque puede ser una queja anónima (que no recoja los datos de identificación del usuario): o Centro o establecimiento al que se dirige. o Nombre, apellidos y domicilio del usuario interesado e identificación del lugar en el que desee recibir las notificaciones. o Hechos, razones y petición concreta en la que se concrete la sugerencia, iniciativa, queja o reclamación. o Fecha y lugar en el que se formula el escrito. o Firma del usuario solicitante.
- El auxiliar administrativo entregará un justificante al solicitante tras el registro exitoso de la reclamación en el Centro Único. Se realizará fotocopia de la primera cara entregando al paciente o usuario la que presente el sello original
- Cabe destacar que en un periodo de 5 años podrá ser destruida la documentación de los expedientes de quejas y reclamaciones.
- Las quejas, reclamaciones, sugerencias e iniciativas tendrán un plazo de resolución de 30 días. En el caso de que este plazo sea excedido, se podrá entender que el trámite no ha procedido. Si este es el caso, el usuario podrá dirigirse a la Inspección General de Servicios en el caso del silencio administrativo.
- El auxiliar administrativo debe dar a conocer (en caso de que el usuario no lo haga) o resaltar el hecho de que existen Hojas de reclamaciones y asegurar un buen seguimiento del trámite con el propósito de ayudar y facilitar el proceso al usuario.
- Se anotará la fecha de recepción, así como el centro donde el paciente entrega dicho impreso en la casilla correspondiente y se sellará en la parte superior de la primera página.
- Si el reclamante es menor de edad, adjuntará el formulario de menores de 16 años o representante legal, libro de familia y DNI, junto con el formulario de reclamación.
- Si el usuario y el reclamante son la misma persona, adjuntará DNI junto con el formulario de la reclamación.
- Si el paciente ha fallecido se adjuntará el formulario de persona fallecida junto al libro de familia, DNI y formulario de reclamación.
- No se debe enviar el expediente al servicio de atención al paciente hasta comprobar que estén todos los requisitos necesarios completos, DNI, libro de familia, autorización, etc.
- Las reclamaciones de los ciudadanos se pueden realizar vía on-line siempre y

cuando dispongan de Certificado Digital.

5 Discusión-Conclusión

Una buena gestión del auxiliar administrativo es el conocimiento de las últimas novedades en todo lo referente a documentación, existen novedades en el entorno de trabajo canalizado vía web, por lo cual, estas cada día son más indispensables para el trabajo del auxiliar administrativo. El interés, la empatía, humanización, asertividad son las principales características que toda persona dedicada a la atención al público desea alcanzar, por lo tanto, intentará conocer en todo lo posible los documentos relacionados con su trabajo y su entorno. Si bien muchas veces no está en la mano del auxiliar administrativo el merecer o no una queja o reclamación, es su deber mantener una buena línea de comunicación y atención, de tal forma que el usuario quede contento con la disposición y resolución del trámite.

6 Bibliografía

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

Capítulo 501

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

SALVADOR GALLEGO CASTAÑO

MIRIAM GALÁN GÓMEZ

JAVIER ORTEGA ZALDIVAR

DANIEL ZALDIVAR MARTIN

REBECA FLORES MORCILLO

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 servicio de suministros dentro de cada Gerencia de Atención Integrada, se encargará del abastecimiento del hospital, así como de los centros de salud de su área de influencia.

Es una unidad de gran importancia, pues de ella depende el abastecimiento de los materiales, equipos quirúrgicos, medicinas, mobiliario, entre otros elementos.

Entre sus funciones se encuentra la compra, transporte, almacenamiento y distribución. Es por ello que cada gerencia debe contar con personal e instalaciones dedicadas a estas funciones. Normalmente, se tratará de almacenes de grandes dimensiones que puedan almacenar todo tipo de material.

A través de los programas informáticos de la institución, se realizarán periódicamente los pedidos. Cada servicio realizará un pedido individual indicando el grupo funcional al que pertenece y la fecha en que se desea recibir el mismo.

2 Objetivos

- Describir la estructura y funcionamiento del Almacén de suministros.
- Exponer las competencias del auxiliar administrativo en el servicio de suministros.

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

En primer lugar, vamos a desarrollar el concepto de suministro, podemos decir que se trata de un conjunto de actividades que tienen como objetivo aprovisionar

de materiales tanto al almacén, como a los servicios sanitarios. Podemos distinguir entre dos tipos de suministros:

- Suministros internos: son aquellos que se encuentran en el almacén y su destino es abastecer a las distintas unidades.
- Suministros externos: proceden de los distintos proveedores y su destino es abastecer al almacén de suministro interno.

La finalidad y objetivo del almacén de suministros es la distribución de los pedidos. Los distintos servicios o unidades de la institución, ya sea un hospital o centro de salud, realizarán sus pedidos en un formato normalizado, o bien a través de la aplicación informática. Estos pedidos serán recepcionados por la unidad administrativa del servicio de suministros para su posterior preparación y envío. La mercancía será entregada al servicio peticionario con una copia de la hoja de pedido, el cual comprobará que todo está correcto.

En el almacén de suministros distinguiremos las siguientes zonas o áreas:

- Muelles de descarga o entrada de mercancías.
- Área de recepción y control de mercancías.
- Zonas de almacenamiento.
- Área de preparación de pedidos.
- Zona de salida y comprobación de pedidos.
- Área administrativa.

A continuación, vamos a indicar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el almacén de suministros.

- Registrar y controlar el material que se recibe en el almacén.
- Recepcionar los pedidos que se reciben de las diferentes unidades y gestionar su preparación.
- Realización del inventario.
- Realizar los pedidos a los distintos proveedores.
- Realizará un estudio sobre las ofertas de los proveedores teniendo en cuenta la calidad, el precio, y la rapidez con la que se sirven los pedidos.
- Control de calidades.
- Control de stock.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto, el servicio de suministros se encarga del abastecimiento de todos los materiales necesarios para el funcionamiento de los distintos servicios y unidades. Es por ello que su correcto funcionamiento sea tan importante, ya que una mala gestión del servicio supondría una interrupción de la actividad

asistencial. Aquí es donde el auxiliar administrativo cobra una gran importancia y debe ser eficiente y eficaz en la gestión de sus tareas. La correcta gestión de los pedidos por parte del personal administrativo supondrá un ahorro económico para la institución y un fluido funcionamiento de todas las unidades hospitalarias, evitando en todo momento el desabastecimiento de cualquier tipo de material.

6 Bibliografía

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

Capítulo 502

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL

REBECA FLORES MORCILLO

MIRIAM GALÁN GÓMEZ

JAVIER ORTEGA ZALDIVAR

DANIEL ZALDIVAR MARTIN

SALVADOR GALLEGO CASTAÑO

1 Introducción

La unidad de urgencias hospitalarias puede definirse como una organización de profesionales sanitarios, ubicados en el hospital, que ofrece asistencia multidisciplinar cumpliendo unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos para garantizar las condiciones de seguridad, calidad y eficacia adecuadas para atender las urgencias y emergencias.

Urgencias: es toda aquella condición que en opinión del paciente, su familia o quien quiera que asuma la responsabilidad requiera una asistencia médica inmediata.

Emergencia: es aquella situación urgente que pone en peligro inminente la vida del paciente o la función de algún órgano.

La unidad de urgencias requiere una adecuada disposición y dotación de recursos, así como una estrecha coordinación con el resto de unidades del hospital como: cuidados intensivos, quirófanos, diagnósticos de imagen, laboratorio, etc. Es necesaria la colaboración de todos para hacer un uso correcto de los servicios en función de los recursos del sistema y de acuerdo a las necesidades de salud, evitando situaciones de usos poco responsables o abusivos que entorpezcan el funcionamiento de estos servicios, de hecho es fundamental la importancia del diagnóstico, ya que un mal diagnóstico puede tener consecuencias legales para el personal profesional sanitario, este servicio se rige por el principio de que la atención a los pacientes no será por orden de llegada, sino por la prioridad en el tratamiento.

2 Objetivos

- Analizar cuáles son las funciones que debe desempeñar el auxiliar administrativo de los sistemas de salud en el servicio de urgencias.

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

Podemos afirmar que el servicio de urgencias de un centro hospitalario es el más sencillo de localizar y que está claramente señalizado para que los pacientes que acuden a sus instalaciones no tengan dudas.

Normalmente, pasillos y ascensores conectan la sala de urgencias con la sala de consulta y tanto con la sala de hospitalización como con la sala de consulta.

Para los servicios de emergencia trabaja un grupo de profesionales, entre ellos varios auxiliares administrativos

El auxiliar administrativo de los Sistemas de Salud está obligado por ley a realizar una variedad de tareas tanto en un hospital como en un centro de salud comunitario, pero sus funciones en el servicio de urgencias se centran principalmente en

tres áreas clave: conseguir asistencia, reunir suministros y proporcionar primeros auxilios.

Además, el auxiliar administrativo del sistema de salud:

- Admite a todo paciente que llega a urgencias con necesidad de atención médica. Para ello necesita introducir la información del paciente en el sistema y también recibe una pulsera o una tarjeta de identificación.
- Este experto será el encargado de elaborar las pegatinas de identificación que luego se aplicarán al paciente durante diversas pruebas adicionales y supervisar el ingreso de pacientes a planta solicitando camas libres.
- Se encargan de trasladar a los pacientes, solicitar ambulancias o transporte médico para todo aquel que lo requiera.
- La asistencia telefónica, incluida la gestión del desvío de llamadas a otras unidades y la atención de llamadas entrantes.
- Es necesario que integre los fundamentos de primeros auxilios, debe de ser capaz de reconocer a los pacientes que requieren atención inmediata, y poder solicitar esa atención lo más pronto posible.
- Ofrecer asistencia y apoyo a los demás profesionales, siempre que la solicitud de asistencia sea de su competencia o no infrinja la de otros.
- La transmisión de comunicaciones, incluido el envío de las indicaciones indicadas a terceros.

5 Discusión-Conclusión

Un gran número de pacientes y usuarios acuden cada día a los servicios de urgencias. En este servicio se pueden atender patologías que van desde las menos importantes hasta aquellas que ponen en peligro la vida del paciente.

El auxiliar administrativo dentro del servicio de urgencias realiza una amplia gama de diferentes y numerosas tareas y funciones relacionadas con los sistemas de salud.

Para que la dinámica y funcionamiento de este servicio de urgencias tan especial sea el adecuado y dé respuesta inmediata a todas aquellas situaciones que requieran una atención inmediata, es necesario, por tanto, contar con la formación necesaria.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 503

CONFIDENCIALIDAD DE LOS PACIENTES EN EL ENTORNO NO SANITARIO

LAURA DÍAZ PRÉSTAMO

VERÓNICA DÍAZ PRÉSTAMO

1 Introducción

La confidencialidad es una parte muy importante en los ámbitos de la salud y lo social, tanto en personal no sanitario como sanitario. Es la información intercambiada entre un emisor y varios destinatarios o receptores. En la que se definen o argumentan datos personales referentes a una persona, por lo que la información debe ser tratada en secreto para asegurar su intimidad.

Debemos respetar los derechos e intereses de las personas con las que tratamos y evitar que se haga un mal uso e injustificado de esos datos. Ser conscientes de la gravedad que puede acarrear.

Hay varias leyes que avalan y definen la protección de datos personales.

La Constitución Española lo considera como un derecho y un deber, el honor a la intimidad, el secreto de las comunicaciones. En el estatuto de los trabajadores se relata acerca del incumplimiento del deber de confidencialidad. Las Cartas de Derechos, tanto de nivel de la UE como de carácter internacional, resaltan la importancia de la intimidad y el secreto profesional.

Para realizar un buen trabajo, tanto en el papel administrativo como en el del trabajo social como cualquier profesional, debemos ser conscientes de la informa-

ción de la que disponemos y no vulnerar el derecho de los usuarios o pacientes con los que nos relacionamos. Actuar con respeto y proteger su intimidad.

2 Objetivos

- Respetar el derecho de los pacientes respecto al secreto de datos personales.
- Garantizar la confidencialidad.
- Reconocer las normativas y regulaciones que hay sobre la confidencialidad y protección de datos en el ámbito laboral no sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según aparecen en fuentes consultadas tanto de legislatura como normativas, nos refieren que la confidencialidad en el entorno personal no sanitario es un papel importante a destacar. Debemos de proteger sus datos personales, su intimidad; el contacto directo con las personas, sus datos y la documentación privada referente a su intimidad debe ser tratada con el mayor respeto posible.

La Constitución española reconoce, en su art. 18, la protección de datos como un derecho fundamental. La Carta Europea de los derechos fundamentales de la UE, en su reglamento 2016/679, nos informa sobre la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de esos datos. La ley 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, que tiene por objeto garantizar y proteger, el tratamiento de datos personales, intimidad personal, etc.

En una nueva época donde nos relacionamos y trabajamos con acceso a una mayor cantidad de información gracias a las nuevas tecnologías, debemos conocer las normas que regulan todo este campo. Ser conscientes que esa información

debe ser tratada con la mayor seguridad posible. Por ello, conocer su normativa es imprescindible para una mejor garantía de derechos y libertades.

Datos a tener en cuenta relacionados con la protección y confidencialidad en el contexto personal no sanitario:

Obtener su consentimiento informado. Al recopilar información de datos personales de las personas, estas deben de ser conscientes de que esos datos íntimos van a ser tratados para ese propósito y con esa finalidad.

Selección y almacenamiento seguro de datos personales.

Comunicar información solo cuando sea necesariamente útil. Se debe limitar la información personal en situaciones que sea necesario. Para cumplir con su deber o compromiso respecto a su actividad laboral y con el reglamento o normas aplicables.

Borrado de datos de forma segura. Destrucción física de documentación personal para que otras personas no puedan acceder a esa información, así como eliminación de datos electrónicos.

Limitación de acceso. Tener acceso a los datos de forma restringida, que solo puedan acceder a ellos personal cualificado.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario conocer las normas y proceso de regulación de datos de carácter personal de los individuos o pacientes en el ámbito personal no sanitario. Siempre hay que tener en cuenta el contexto jurídico, la legislación, las normas referentes a protección de datos y la confidencialidad.

Garantizar la protección de datos de las personas, proteger la intimidad y los derechos de las personas respecto a su integridad. Ser conscientes de que hay mucha información que debe ser tratada, como sus teléfonos, datos personales, salud... de alto grado de seguridad. La discreción de todos los profesionales que traten con las personas, respetando la intimidad y que nadie pueda acceder a ellos sin autorización adecuada.

6 Bibliografía

1. Organización de Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. (internet) <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
2. Constitución española de 1978, referente a artículos relacionados con la intimidad y protección de datos.

Capítulo 504

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE PEDIATRICO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN COMÚN

ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ

SHEILA GARCÍA PEREZ

JENNIFER MORENO MORENO

ELENA AGUDO DE LA CUERDA

ISABEL PADRÓ ZAPATA

1 Introducción

Podemos denominar al paciente pediátrico como aquel paciente que comprende las edades desde que nace hasta los 14 años.

Dentro de esta amplia franja de edad podemos clasificar al paciente pediátrico según la edad:

- Neonatos: son aquellos bebés que nacen antes de la semana 37, y esta etapa incluye desde el nacimiento hasta el primer mes de vida.
- Lactantes: etapa que va desde el primer mes de vida del pequeño o pequeña hasta el año.
- Niños: desde que el paciente tiene un año hasta cumplir los 12.
- Adolescencia: podemos extender esta etapa desde los doce años hasta los 16 o 18 años, depende del servicio de salud que lo determine.

Los niños son los pacientes más vulnerables y a la vez más sorprendentemente fuertes a los que nos podemos enfrentar en el ámbito laboral sanitario. Tienen capacidades extraordinarias para enfrentar la enfermedad.

Pero es cierto que cuando un niño es hospitalizado, estamos invadiendo esa zona de confort y violando esa intimidad de su vida, pudiendo hacerle sentir mal, con muchos miedos y una incertidumbre abrumadora.

El personal sanitario que presta sus servicios en cualquier área dentro del servicio de pediatría, debe conocer los diferentes mecanismos para ofrecer al niño una atención de calidad, y desarrollar de la mejor manera posible el funcionamiento del servicio, siempre buscando el bienestar del paciente.

2 Objetivos

Explicar en qué consiste la labor del celador y sus funciones con el paciente pediátrico en una planta de hospitalización común.

Dar a conocer cómo funciona el servicio de pediatría, así como la necesidad de una buena coordinación entre el personal sanitario que lo conforma.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo hemos realizado una investigación basada en una revisión bibliográfica de literatura de carácter sanitario relacionado con el tema a tratar.

Hemos llevado a cabo diferentes búsquedas online en bases de datos de carácter sanitario como Medline y Cuiden, empleando términos como pediatría, celador, hospitalización.

4 Resultados

El servicio de hospitalización común de pediatría es el lugar donde se aplican los cuidados médicos y de enfermería a niños y niñas que sufren diferentes patologías.

La planta de hospitalización de pediatría recoge diferentes especialidades clínicas, exceptuando oncología, que precisa de unas medidas, cuidados y mecanismos diferentes.

Por este motivo y para conseguir un buen funcionamiento de este servicio, es preciso que el personal que forman el equipo de trabajo lleve a cabo el desarrollo

de sus funciones de una forma coordinada y teniendo muy claro cuáles son las funciones de cada uno.

En esta ocasión nos vamos a centrar en la figura del celador y las tareas que desempeña en dicha área de hospitalización. El celador juega un papel muy importante dentro del equipo multidisciplinar de trabajo.

Las funciones que desarrolla el celador con el paciente pediátrico son las siguientes:

- Es el encargado de recepcionar a los pacientes, ya provengan de urgencias, de otro servicio o ingresen por su propio pie, es él el encargado de recibirlos, colocarlos la pulsera identificativa e informa a los familiares de las instalaciones y normas la planta de hospitalización.
- Deben mantener el orden y las instalaciones, revisando de forma periódica el material para asegurar un buen uso del mismo.
- Ayudan al auxiliar en el aseo y en la movilidad del enfermo. Aunque es cierto que en este tipo de servicios los padres y madres al estar acompañando a sus hijos menores son los que llevan cabo algunas de estas funciones.
- Traslado de los enfermos a diferentes servicios dentro del propio hospital, ya sea para la realización de alguna prueba diagnóstica, para recibir algún tratamiento específico o para llevar a cabo su traslado a otra unidad.
- Transportar o manipular documentación, como informes de laboratorio, de anatomía patológica, las historias clínicas de los pacientes, hojas de medicación de farmacia, etc. En este punto es muy importante tener en cuenta que, bajo ningún concepto, el celador ni ningún otro trabajador, deben revelar dato alguno de cada paciente o del tratamiento que precisa.

5 Discusión-Conclusión

En cualquier ámbito sanitario, los profesionales que desempeñan su función en esta área han de realizarlo de la manera más eficiente posible.

Cuando nos referimos al paciente pediátrico, debemos tener en cuenta que estamos tratando con niños, que están enfermos y, por lo tanto, necesitan una serie de cuidados y atenciones más específicas.

El celador es una figura sanitaria que establece, en muchas ocasiones, un vínculo muy estrecho con el paciente y con la propia familia por el contacto que mantiene con ellos sobre todo si hablamos de un ingreso que se prolonga en el tiempo. Es por este motivo que hay que saber distinguir muy bien la parte laboral de la parte emocional, sabiendo y entendiendo que con los niños como pacientes es

necesario el empleo de herramientas emocionales para llegar a ellos, empatizar y que nuestro trabajo se desarrolle de la mejor manera posible.

6 Bibliografía

- 1 - <https://serviciopediatrica.com>
- 2 - Bases de datos Medline y Cuiden.
- 3 - <https://congresosicepa.com/tareas-celador-planta/>

Capítulo 505

LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y LOS RIESGOS PSICOSOCIALES DEL PERSONAL NO SANITARIO

ANA PILAR CARRERA GARCIA

LAURA DÍAZ PRÉSTAMO

VERÓNICA DÍAZ PRÉSTAMO

1 Introducción

Para detectar los posibles riesgos en el puesto de trabajo de personal no sanitario habrá que adoptar medidas de prevención y protección para reducirlos o para eliminarlos.

Según la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, un factor de riesgo, es una característica del trabajo, pudiendo incrementar la posibilidad de producir accidentes o afecciones para los trabajadores y su salud.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) nos define la salud “como un estado de equilibrio físico, psíquico y social y no solamente como ausencia de enfermedad”.

En el INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo) los factores psicosociales hacen referencia a condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral, que están directamente relacionados con la organización, el contenido de trabajo y realización de la tarea, tiene capacidad para afectar tanto

al bienestar o a la salud física, psíquica y social de trabajador y como el desarrollo del trabajo.

La OIT (Organización Internacional del trabajo) define factores psicosociales como las interacciones entre las condiciones de trabajo y capacidades, necesidades y expectativas del trabajador, que están influenciadas por las costumbres, cultura y por condiciones personales fuera del trabajo.

El ISTAS (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud) los factores psicosociales son aquellas características de las condiciones de trabajo, de su organización que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos como el estrés.

2 Objetivos

Ver como los trabajadores tienen una autonomía propia con los ritmos de trabajo, como se desarrolla su esfuerzo mental y como es su ejecución del trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Factores en la organización:

- Jornada de trabajo:

Es el tiempo de jornada laboral entre trabajador y empresario, está regulada en el Estatuto de los Trabajadores por un convenio colectivo.

Es muy importante tener en cuenta como se reparte el horario. Se puede clasificar en:

- Horario flexible: existe una flexibilidad de 1 a 2 horas, de entrada y de salida cuando es jornada completa.

Ventajas para trabajador:

Bajan las sanciones por retraso en el trabajo, posibilidad de coordinación en la vida laboral y familiar.

Inconvenientes para el trabajador:

Mayor control del tiempo, reducción de horas extras y de permisos remunerados.

- Trabajo a turnos nocturnos:

El trabajo nocturno entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana.

Clases de turnos:

- Discontinuos: por la noche y fines de semana.
- Semicontinuos: a 3 turnos, semanal y descanso el domingo.
- Continuo: 3 turnos o más con las interrupciones del descanso.

Duración de turnos:

2 turnos de 12 horas.

3 turnos de 8 horas.

4 turnos de 6 horas.

O por convenio especial de turnos de 24 horas como son los médicos, enfermeros, bomberos.

Periodos de rotación:

Lentos: 7 mañanas, 7 tardes y 7 noches.

Rápidos: 2-3 mañanas, 2-3 tardes y 2-3 noches.

Variables: 5 tardes, 3 noches y 5 mañanas.

Tipo de rotación:

Anterógrado: mañana-tarde-noche-mañana.

Retrógrado: mañana-noche-tarde-mañana.

Otra combinación: mañana-noche-tarde o tarde-noche-mañana.

Horario de cambios de turno:

Entre 6 y 7 horas mañana.

Entre 14 y 15 horas tarde.

Entre 22 y 23 horas noche.

Diseño de calendarios:

Flexibilización de horarios.

Sustituciones por enfermedad o permisos.

Necesidad de solapar turnos.

Las características de la organización de los turnos deberá de respetar el ciclo del sueño, los trabajadores podrán elegir los turnos, tendría que haber unos ciclos cortos, es decir cambiar al 2 día o al 3 así tienen menos efectos negativos en la salud, conviene que las rotaciones se mantengan de forma constante habiendo mayor comunicación entre trabajadores y empresarios.

Tenemos que tener en cuenta unas recomendaciones de la alteración en la salud, por ejemplo, con los ritmos biológicos en 24 horas, son los llamados ritmos circadianos que se producen por el día y la noche, la luz y la oscuridad.

El ritmo circadiano es el que más horas en el turno de noche la actividad y el descanso se activa por el día y el sueño por la noche.

El trabajo activo se alteran los ritmos provocando así un desarreglo en los ritmos. Se altera la alimentación pudiéndose producir úlceras, gastritis.

También se altera el sueño condicionado por dormir poco y mal, no hay una función real de reparación y entonces aparece la fatiga psíquica.

Se alteran la vida familiar y social coincidiendo en fines de semana y, por lo tanto, no se puede disfrutar de los tuyos.

- Ritmo de trabajo:

Autonomía temporal es la relación con que el trabajador tenga un ritmo de trabajo o si no, se le pondrá en el turno partido una pausa.

Los criterios se relacionan con el modo de remuneración, el salario si hay primas, si es un trabajo en cadena, si hay una máquina y el ritmo lo marca ella.

Lo complejo del trabajo, memorizar datos, tomar decisiones.

Si se cuenta la realización se aumenta el esfuerzo mental para hacerlo.

Hay que tener en cuenta la realización, se cuenta la rapidez de ejecución del trabajo, el esfuerzo de memorización.

Las recomendaciones psicosociales se dan al trabajador mayor autonomía, con el ritmo de trabajo, pudiendo hacer pausas y hay que formar adecuadamente.

Factores psicosociales:

Carga mental, que se define como conjunto de tensiones producidas en la persona por exigencias del trabajo mental que realiza.

- Factores en la carga mental:

Por el trabajo que se hace, por su complejidad de información recibida.

Al ritmo del trabajo y sus pausas.

Las exigencias de la tarea con la atención sostenida, la responsabilidad por las

posibles consecuencias de errores, la duración de la actividad, el peligro de la salud.

Las condiciones físicas del puesto de trabajo como el ruido, la iluminación, las condiciones climáticas.

Los factores sociales y de organización como el tipo de mando en el que se trabaja, la relación general en el puesto y el clima laboral.

También tendremos en consideración la parte exterior como el nivel cultural y las exigencias familiares.

- Efectos de carga mental:

La fatiga mental que es una disminución de la eficiencia mental y física.

La fatiga mental aguda se elimina con el descanso, la fatiga crónica es cuando se dan desequilibrios durante un tiempo prolongado y no desaparecen con el descanso, así aparecen las alteraciones del sueño, las psicopatológicas, la irritabilidad emocional.

Así pues, se recomienda ajustar la cantidad y calidad de información de cada trabajador.

Hay que rediseñar el lugar de trabajo, reorganizar el tiempo de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos psicosociales del personal no sanitario en los trabajos de oficina a turnos son desfavorables en perjuicio sobre su salud y su bienestar.

Las condiciones son por estrés y carga mental, fatiga mental, desmotivación laboral.

De una parte el trabajo y las condiciones de organización y otra la capacidad del trabajador, su situación personal con sus experiencias, pudiendo influir en el rendimiento, estado de ánimo, su salud y muy importante la satisfacción en el trabajo.

El horario de trabajo también es importante como el número de pausas y su importancia, el trabajo a turnos tanto diurnos como nocturnos en su cambio continuo de horario, su incidencia en la vida familiar y social.

Si tenemos una buena planificación para reducir y eliminar los riesgos, se podría hacer una evaluación de riesgos y los resultados tenidos, se planificarán todas las actividades de la empresa implicando a todos sus trabajadores.

Las medidas materiales preventivas que eliminan o disminuyen la probabilidad de materialización de riesgos.

Serán respecto a las medidas proteccionistas con su objetivo será minimizar consecuencias.

La dirección debe lograr que todas personas de la estructura empresarial puedan tomar decisiones que afecten a condiciones de trabajo de todo el personal, teniendo asumidos los principios de acción preventiva, priorizando las medidas adoptadas.

La planificación recogerá las medidas de prevención y protección que adoptará la empresa, priorizando en función de los riesgos y su gravedad existente en los turnos de trabajo, utilizando los principios de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/95.

Los procedimientos para el control de riesgos constituye su estado de salud, coordinación de actividades, eliminación y reducción de riesgos en origen.

Se pueden proponer pautas organizativas para mejora el desempeño de tareas con el equilibrio de la vida personal, conciliando la vida laboral y la familiar, de acuerdo con 3 pautas como los acuerdos en relación de bajas por maternidad y paternidad, acuerdos laborales e infraestructura por apoyo al cuidado.

Ajustar objetivos realistas.

Involucrar a la administración, reducir la sobrecarga laboral, aumentando la autonomía del trabajador con un ambiente estimulante, con liderazgo justo y ambiente positivo.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/95 refrendada 2003.

Capítulo 506

EL CELADOR Y LAS TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN A UN PACIENTE TERMINAL

JENNIFER MORENO MORENO

SHEILA GARCÍA PEREZ

ELENA AGUDO DE LA CUERDA

ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ

ISABEL PADRÓ ZAPATA

1 Introducción

En el hospital nos podemos encontrar con pacientes paliativos también conocidos como paciente terminal, este tipo de pacientes se encuentran en una situación en la que apenas se le pueden mover, ya que pueden provocar una serie de alteraciones en sus funciones vitales. Las más frecuentes suelen ser: insuficiencia respiratoria e insuficiencia cardíaca, atrofia muscular, obstrucción intestinal, infección de orina y en ocasiones si lo se le realiza cambios posturales pueden aparecer úlceras por presión.

Estos pacientes se suelen encontrar en una serie de posiciones que son las siguientes:

- Posición de decúbito supino, en esta posición el paciente se encuentra acostada sobre su espalda con las piernas extendidas y sus brazos se encuentran alineados a lo largo de su cuerpo.

- Posición decúbito prono, en esta posición el paciente se encuentra acostado sobre su abdomen y su pecho con sus piernas extendidas y la cabeza estará girada lateralmente.
- Posición de decúbito lateral, esta posición el paciente se puede poner de lado derecho o izquierdo, el paciente se encuentra acostado sobre un lateral de su cuerpo en la que la espalda se encontrará recta, con el brazo sobre el que se apoya se encontrará ligeramente separado hacia delante, mientras que la pierna del lado sobre el que se apoya se encontrará extendida y la que está arriba estará ligeramente flexionada.
- Posición de Trendelenburg, el paciente está acostado decúbito supino, pero con el plano del cuerpo inclinado 45° respecto al suelo, con la cabeza más baja que los pies.
- Posición de Fowler, el paciente se encuentra semisentado con el respaldo de la cama formando un ángulo de 45° y las piernas ligeramente flexionadas; cuando ese ángulo es de 30° la posición se denomina semiFowler.

2 Objetivos

Conocer cuáles son las diferentes técnicas que utiliza un celador en planta en relación con los pacientes que se encuentran en fase terminal.

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

El celador que trabaja con estos tipos de pacientes debe de tener dos aspectos fundamentales que a continuación vamos a desarrollar de manera detallada:

- La movilización que se le realiza a este tipo de pacientes debe ser lo más suave posible, ya que este tipo de pacientes se encuentran en las últimas de su vida, por lo cual los movimientos bruscos pueden hacer que su vida corra peligro e incluso llegando a producirle la muerte lo antes posible.

- El cambio postural: se le debe de realizar un cambio postural cada 3 horas aproximadamente, esto hace que el paciente no se le produzcan úlceras por presión, rozaduras con las sábanas, isquemias, etc. Con esto se consigue el paciente se encuentre en mejor confort en los últimos momentos de su vida.

A la hora de realizar este tipo de movilizaciones el celador debe de optar dos aspectos fundamentales que son los siguientes:

- Ergonomía en el trabajo: con esto se debe de conseguir una base de apoyo separando los pies con uno de ellos que se encuentre ligeramente adelantado.
- Sujetar al paciente lo más cerca posible de su cuerpo, esto hace que no se haga ningún sobreesfuerzo innecesario.
- Mantener la espalda rígida.
- Descargar el peso sobre los músculos de las piernas, nunca sobre los brazos o sobre la espalda.
- Delicadeza con la que se le debe de hablar a este tipo de pacientes y a los familiares.
- Utilizar los medios auxiliares como es el caso de las almohadas para evitar que se ejerza presión y puedan aparecer las úlceras por presión.
- Evitar apoyar al paciente sobre sus lesiones.
- Para subir al paciente y poder colocarlo de manera adecuada se deberá de utilizar una entremetida esto hace que se evite la fricción entre la sabana y la piel del enfermo por lo cual se hará de manera adecuada y sin producirle un daño tanto al paciente como a la salud del celador, ya que si no se utiliza la entremetida se podrían hacer daño en la espalda.

5 Discusión-Conclusión

Dada la falta de movilidad o movilidad reducida del paciente terminal, el celador desempeña una labor fundamental en el cuidado y bienestar de este tipo de pacientes, ya que se encarga de sus traslados dentro del hospital y de realizarle los cambios posturales. En definitiva, es la persona que le ayuda a suplir su falta de autonomía. Es de suma importancia que el celador maneje con destreza las técnicas de movilización, para poder, por un lado, evitar lastimar al paciente y por otro, evitar adquirir hábitos inadecuados que le puedan generar lesiones corporales a sí mismo, produciéndole un daño y unas heridas de difícil curar.

6 Bibliografía

1.<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm#:text=Son%20cuidados%20que%20ayudan%20a,la%20enfermedad%20y%20el%20tratamiento>.

2. Silva, L; Gil J.M Boceta, J et al. Actuación del celador en las Unidades de Cuidados Paliativos. 1ª edición. Madrid. Editorial MAD. 2011

Capítulo 507

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN HOSPITALIZACIÓN: EL PERFIL PROFESIONAL, SUS FUNCIONES Y PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS

TAMARA LOPEZ MARTIN

1 Introducción

Los lugares donde se proporciona asistencia a los enfermos todos los días del año son los hospitales. El personal no sanitario que trabaja en el mismo junto a médicos, enfermeros, personal de laboratorio, etc. es el auxiliar administrativo. Aquí, estos últimos tienen un papel fundamental, ya que los pacientes necesitan sentirse arropados y ayudados en todo momento y la primera toma de contacto con el auxiliar administrativo les ayuda a sentirse escuchados, al igual que mantener una conversación de manera amistosa con ellos, el contacto visual, la postura corporal y los gestos que se realizan.

El desempeño de las funciones del auxiliar administrativo se lleva a cabo en una oficina y acarrea de forma parecida a un trabajo de oficina implicando el uso de equipos informáticos, muebles, software, exposición a condiciones ambientales como iluminación, humedad, ruidos, etc. que influyen tanto en la eficacia y eficiencia en el trabajo como en la comodidad del desempeño de la función e incluso en la salud del propio trabajador. Además, que la nueva incorporación de materiales tecnológicos implica un aumento de la incidencia de problemas de salud como puede ser de la saturación mental, fatiga y dolores musculares, entre otros. Igualmente, cabe destacar que hay riesgos no solo asociados a la implementación

de las nuevas tecnologías sino también específicos de la labor como son el lugar de trabajo, la turnicidad, etc.

Para desempeñar su función, el auxiliar administrativo debe trabajar en colaboración con el personal sanitario. Un momento clave es cuando el paciente acude al hospital al servicio de urgencias, siendo el auxiliar la primera persona en recibir al paciente para que posteriormente el equipo sanitario pueda brindarle una atención y cuidados de calidad. Del mismo modo, se considera de vital importancia que guarde el secreto de la información que por su labor pueda conocer, así como utilizar los medios informáticos para registrarla y quede a disposición del personal que precise de su uso.

2 Objetivos

- Averiguar qué características tiene que presentar un auxiliar administrativo para desempeñar su función de forma eficiente.
- Conocer qué actividades realiza el personal administrativo en el hospital.
- Especificar los problemas de salud que presentan los auxiliares administrativos en el desarrollo de su labor en el hospital.

3 Metodología

Durante la elaboración de este artículo se han tenido como referencia diferentes bases de datos y se han utilizado diferentes artículos de diferentes revistas. Se ha obtenido esta información por el empleo de diferentes palabras claves relacionadas con el tema a tratar en cuestión.

4 Resultados

El profesional administrativo está constantemente en contacto con los pacientes siendo la puerta de entrada al sistema sanitario, por lo que deben ser competentes, proporcionando una escucha activa al paciente, empatizando y teniendo la capacidad de enfrentarse de forma responsable a los ambientes complejos e instituciones de salud, así como promoviendo estilos de vida saludables.

Las diversas funciones que debe llevar a cabo este personal se consideran muy amplias, y estas incluyen:

- Brindar atención al público de forma eficiente, rápida, segura y resolutive atendiendo a las necesidades tanto cuando se presenta de forma presencial al paciente

como cuando se realiza de forma telemática para dar citas, recitar, informar de la ubicación de un paciente ingresado, poner reclamaciones, etc.

- Servir de intermediario entre el paciente y equipo de profesionales sanitarios. Por ejemplo, en el servicio de urgencias cuando acude y el personal auxiliar es el que registra toda la información que recibe por parte del paciente para posteriormente ser atendido por sanitarios y abarcar más profundamente el tema en cuestión a tratar.
- Digitalizar toda la información que le ha brindado el paciente a su llegada al centro.
- Guardar el secreto profesional por la información que el paciente le ha contado.
- Llevar a cabo funciones administrativas como reorganización de camas y enfermos, registros de hospitales, cumplimentar datos de filiación, elaborar estadísticas del hospital y listados que sean asignados, apoyar administrativamente a la gestión de recursos del servicio de urgencias y registrar o encargarse del transporte sanitario cuando se le sea asignado.

El desempeñar todas estas funciones como cabe esperar suelen incrementar el riesgo de sufrir o presentar ciertos problemas de salud derivados del trabajo siendo los más frecuentes el dolor de miembros superiores a causa del uso excesivo de teclado, dolor de muñeca por el uso de ratón de ordenador, molestias musculares de la zona del cuello a causa de una mala postura y problemas visuales por la alta exposición a pantallas de forma continua.

5 Discusión-Conclusión

El personal auxiliar administrativo es una figura fundamental en el hospital. Pues es la primera persona con la que interacciona el paciente, y es su deber que, de forma amable, ágil y eficaz preste interés a la información que recibe y de forma educada registre todo a través de los sistemas informáticos que tienen para ello. Gracias a esta labor contribuyen al buen funcionamiento del hospital, pues además realizan otras funciones como la gestión de citas de forma presencial o telefónica, organizar archivos de pacientes y preparar datos informáticos, entre muchas otras, y, aunque parezcan sencillas el sinfín de cometidos a los que se enfrentan y superan cada día hace que tengan muchos de ellos problemas de salud (dolores en cuello, miembros superiores, alteraciones visuales, etc.) a causa de la carga que conlleva su desarrollo para el correcto funcionamiento del hospital.

6 Bibliografía

1. <https://webquery.ujmd.edu.sv/siab/bvirtual/Fulltext/ADAD0000661/PF3.pdf>
2. <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario#:text=La%20atenci%C3%B3n%20al%20p%C3%ABlico%2C%20la,un%20auxiliar%20administrativo%20en%20Sanidad>
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-12108>
3. <https://revistamedica.com/auxiliares-administrativos-trabajo-hospital/>

Capítulo 508

LOS EFECTOS QUE HACE EN LA VIDA PERSONAL DEL CELADOR LA TURNICIDAD

ELENA AGUDO DE LA CUERDA

SHEILA GARCÍA PEREZ

JENNIFER MORENO MORENO

ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ

ISABEL PADRÓ ZAPATA

1 Introducción

Cuando hablamos de turnicidad es la forma de organizar el trabajo en equipo según los distintos profesionales de la sanidad ocupan los mismos puestos según un ritmo los cuales pueden ser fijos o discontinuos.

La mayoría de los celadores que trabajan dentro de un hospital independientemente del área en el que se encuentra urgencias, hospitalización, quirófano, unidades de cuidados intensivos, etc. Estos tienen un cuadrante que van rotándose y se repite a lo largo del tiempo que muestra una serie de cambios de horas de trabajo que van desde la mañana hasta la noche pasando por el horario de la tarde. En algunas de las ocasiones hay celadores que se pueden encontrar fijos de mañana es decir con un horario laboral de 08 h a 15 h, de tarde de 15 h a 22 h y de noche de 22 h a 08 h Por eso los profesionales de la sanidad como es el caso

del celador trabajan cuando el resto de personas duermen esto hace que exista la turnicidad laboral.

El celador es sometido a un ritmo biológico diferente por lo que el funcionamiento del organismo se ve afectado, cuando se ve sometido a un turno rotatorio que debe existir porque presta atención en centros sanitarios los cuales están abiertos las 24 horas del día durante los 365 días del año.

2 Objetivos

Desarrollar de manera detallada como afecta la turnicidad a la salud y a la dimensión social y familiar de un celador durante su vida laboral.

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

Con respecto a la calidad del sueño, los mayores cambios son las que tienen relación con el trabajo a turnos. Esto hace que un número elevado de celadores hacen que padezcan esta alteración que debe relacionarse con la duración y la cantidad de turnos que se hace en cada rotación haciendo hincapié en la cantidad de noches que tienen que hacer al mes. Esto conlleva que se vea alterado la calidad del sueño, llegando a aparecer signos de cansancio como la fatiga, llegando estos a provocar migrañas, ira, estrés, sueño de día y luego por la noche no poder conciliar el sueño. Esto ha hecho que la mayoría de los accidentes laborales se produzcan en horarios de trabajo nocturno, es decir, en el horario comprendido de las 22 horas hasta las 08 horas.

El síntoma más claro que puede presentar los celadores en el trabajo a turnos es la dificultad que tienen para poder conciliar el sueño durante la noche. Esto hace que se mantenga a lo largo de la vida laboral de un celador un sueño corto y este el cuerpo constantemente en alerta por lo que el rendimiento de un celador en el turno de noche suele ser menor.

Para que el celador se pueda recuperar después del turno de noche deberá de dormir unas 7 horas aproximadamente en la noche, pero esto no sucede hasta que no pasan más de 24 horas por lo que durante ese periodo de tiempo el cuerpo se mantiene en vigilia continuo y de estrés ante la fatiga de no poder descansar durante la noche.

Los efectos sobre la vida social y familiar pueden traer consigo a que se pierdan amigos, hasta se pueden llegar a romper familias, ya que debido al trabajo en turnos rotatorios no se pueden compartir momentos determinados en la vida familiar, es decir, el celador vive fuera de las pautas de la vida social y familiar.

5 Discusión-Conclusión

El sistema de rotación, los turnos flexibles o las rotaciones a tres turnos van a provocar una serie de problemas de salud en el área de la alimentación y la digestión y en la actividad física a realizar. Se recomiendan generar una serie de estrategias para mejorar la reorganización del método laboral y generar mejores condiciones de trabajo que puedan conciliar la vida familiar y laboral aumentando los descansos y mejorando el ritmo de trabajo. El trabajo nocturno si valorase realizar un descanso largo que permita dormir y, por otro lado, se generen mejoras en los salarios sería menos vulnerable y más valorado por los celadores.

6 Bibliografía

1. <https://www.metacontratas.com/el-trabajo-a-turnos-riesgos-laborales-y-medidas-preventivas/>
2. Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 y Estatuto de los Trabajadores.

Capítulo 509

LAS TRANSFERENCIAS DE LOS PACIENTES SEGÚN EL CELADOR DENTRO DEL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

CRISTIAN VALERO GARCIA

CAROLINA JUÁREZ SÁEZ

RAFAELA CARRIÓN GONZÁLEZ

SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC

CRISTOBAL DE LA CUEVA PACHECO

1 Introducción

La transferencia de pacientes es una función fundamental en el ámbito de la atención especializada, especialmente en áreas como la traumatología, donde los pacientes pueden requerir movilización segura y eficiente. Los celadores desempeñan un papel esencial en este proceso, asegurando que los pacientes sean trasladados de manera adecuada y segura a diferentes áreas del hospital. En este trabajo, exploraremos el importante trabajo de los celadores en las transferencias de pacientes dentro del área de traumatología en atención especializada.

Importancia de las Transferencias de Pacientes:

Las transferencias de pacientes son esenciales para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada en el momento y lugar correctos. En el caso de la traumatología, donde se tratan lesiones y afecciones ortopédicas, los pacientes pueden requerir traslados a salas de cirugía, salas de rayos X, unidades de cuidados intensivos y otras áreas para recibir diagnóstico y tratamiento.

El trabajo de los celadores en las transferencias de pacientes dentro del área de traumatología es esencial para garantizar que los pacientes reciban la atención necesaria de manera segura y eficiente. Su capacidad para coordinar, comunicar y movilizar a los pacientes desempeña un papel crucial en el proceso de atención médica y contribuye al bienestar y la recuperación de los pacientes traumatológicos.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.

1. Identificar la eficacia de los distintos cuidados y ayudas que realiza el celador en el área de la planta de traumatología.
2. Observar las modalidades de traslados que realiza el celador sanitario con pacientes que están ingresados en traumatología.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en Google Académico, SciELO y PEDro. Hemos realizado una búsqueda entre julio de 2023 y octubre de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("trauma plant" OR traumatology) AND ("health caretaker" OR watchman OR overlooker).

4 Resultados

Funciones del Celador en las Transferencias:

Los celadores son responsables de realizar transferencias seguras y cómodas para los pacientes. Sus funciones incluyen:

- **Preparación del Paciente:** Antes de la transferencia, el celador debe preparar al paciente, explicar el proceso y garantizar que esté cómodo y seguro en una camilla o silla de ruedas, dependiendo de la movilidad del paciente.
- **Coordinación:** Los celadores deben coordinar las transferencias con otros miembros del equipo de atención médica, como enfermeras y médicos, para asegurarse de que el momento y el destino de la transferencia sean los adecuados.
- **Seguridad:** La seguridad del paciente es una prioridad. Los celadores deben conocer las técnicas de movilización segura y utilizar equipos como sillas de ruedas, camillas y dispositivos de elevación según sea necesario para evitar lesiones durante la transferencia.
- **Comunicación:** La comunicación efectiva es esencial. Los celadores deben informar a los pacientes sobre el proceso y responder a sus preguntas y preocupaciones. También deben mantener una comunicación clara con otros miembros del equipo de atención médica.
- **Registro de Transferencias:** Es importante llevar un registro de todas las transferencias realizadas, incluyendo la hora, el destino y cualquier observación relevante. Esto contribuye a un seguimiento adecuado del paciente y a la documentación de su atención.

Desafíos en las Transferencias de Traumatología:

En traumatología, los pacientes pueden tener lesiones dolorosas o limitaciones en la movilidad, lo que puede complicar las transferencias. Los celadores deben ser especialmente cuidadosos en estos casos para minimizar el dolor y el riesgo de lesiones adicionales.

En resumen, los celadores desempeñan un papel esencial en el entorno hospitalario, garantizando que los pacientes sean trasladados de manera segura y eficiente dentro del área de traumatología. Su contribución a la atención del paciente es invaluable y su trabajo ayuda a garantizar una atención médica de calidad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en las transferencias de pacientes dentro del área de traumatología en atención especializada es de gran importancia para el funcionamiento eficiente y seguro del hospital. Algunas conclusiones clave son:

- **Seguridad del Paciente:** Los celadores desempeñan un papel fundamental en la seguridad de los pacientes durante las transferencias, asegurándose de que se

realicen de manera segura y minimizando el riesgo de lesiones adicionales.

- **Coordinación Interdisciplinaria:** La comunicación y coordinación efectiva con otros miembros del equipo de atención médica, como enfermeras y médicos, son esenciales para garantizar que las transferencias se realicen en el momento adecuado y al lugar correcto.
- **Comunicación con el Paciente:** La capacidad de los celadores para comunicarse de manera clara y tranquilizadora con los pacientes contribuye a reducir la ansiedad y mejorar la experiencia del paciente durante las transferencias.
- **Registro y Documentación:** El registro adecuado de todas las transferencias realizadas es fundamental para el seguimiento y la documentación de la atención del paciente.
- **Desafíos Específicos:** En traumatología, donde los pacientes pueden tener lesiones dolorosas o limitaciones en la movilidad, los celadores enfrentan desafíos adicionales que requieren sensibilidad y habilidades especiales en la movilización.

6 Bibliografía

1. Arimany-Manso, J. (2016). Seguridad clínica y reclamaciones por responsabilidad profesional en Cirugía Ortopédica y Traumatología. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*, 60(2):89-98. Doi:10.1016/j.recot.2015.10.004
2. Bowling, A., Rowe, G., & Mckee, M. (2013). Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. *Journal Of The Royal Society Of Medicine*, 106(4), 143-149. doi: 10.1258/jrsm.2012.120147
3. Ekmekci, P., Ekmekci, A., Karakaş, Ö., Kulduk, A., & Arda, B. (2016). Evaluation of the informed consent procedure for total knee arthroplasty patients in Turkey. *Acta Orthopaedica Et Traumatologica Turcica*, 50(4), 400-404. doi: 10.1016/j.aott.2016.06.003
4. Giudici, K., Gillois, P., Coudane, H., & Claudot, F. (2015). Oral information in orthopaedics: How should the patients understanding be assessed? *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 101(2), 133-135. doi:10.1016/j.otsr.2014.10.020
5. Givel, J., & Meier, B. (2014). How Much Information Do Patients Want or Need. *World Journal Of Surgery*, 38(7), 1610-1613. doi: 10.1007/s00268-014- 2599-7

Capítulo 510

EL TRABAJO EN QUIRÓFANO POR PARTE DEL CELADOR HOSPITALARIO

CRISTIAN VALERO GARCIA

CRISTOBAL DE LA CUEVA PACHECO

SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC

RAFAELA CARRIÓN GONZÁLEZ

CAROLINA JUÁREZ SÁEZ

1 Introducción

La labor del celador hospitalario en el quirófano es de vital importancia para el correcto funcionamiento de las intervenciones quirúrgicas y la atención segura de los pacientes. El quirófano es un entorno altamente especializado y delicado donde se llevan a cabo procedimientos médicos cruciales, y el celador desempeña un papel fundamental en la logística y el apoyo necesario para que todo fluya sin contratiempos. En esta introducción, exploraremos la relevancia de la labor del celador en el quirófano y sus responsabilidades en este entorno crítico de atención médica.

El trabajo en quirófano por parte del celador hospitalario es una función fundamental en el entorno hospitalario que garantiza el funcionamiento eficiente y seguro de las intervenciones quirúrgicas. En este trabajo, exploraremos la importancia del papel del celador en quirófano y las responsabilidades que desempeñan para contribuir al éxito de las cirugías y al bienestar de los pacientes.

Dentro del quirófano, el celador es un miembro esencial del equipo de atención médica que trabaja en conjunto con cirujanos, enfermeras y otros profesionales para garantizar que las cirugías se realicen de manera segura y eficiente. Entre sus responsabilidades se incluyen la preparación y limpieza de la sala, el traslado de pacientes, la asistencia al personal quirúrgico, la gestión de equipos y suministros, y el mantenimiento de la asepsia y esterilidad en el entorno quirúrgico.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.

1. Identificar la eficacia de los distintos cuidados y ayudas que realiza el celador en el área quirúrgica.
2. Observar las modalidades de cuidados y ayudas hacia el personal sanitario por parte del celador en quirófano.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en Google Académico, SciELO y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre julio de 2023 y octubre de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("operating room" OR "surgical area") AND ("health caretaker" OR watchman OR overlooker).

4 Resultados

Podemos encontrar entre las múltiples funciones del Celador sanitario en Quirófano:

- Preparación del Quirófano: Los celadores tienen la responsabilidad de preparar el quirófano antes de cada cirugía. Esto implica asegurarse de que esté limpio y completamente equipado con los instrumentos y suministros necesarios.
- Traslado de Pacientes: Los celadores son responsables de trasladar a los pacientes desde las áreas de preoperatorio hasta el quirófano y viceversa después

de la cirugía. Deben hacerlo de manera segura y garantizar que el paciente esté cómodo.

- **Ayuda al Personal Quirúrgico:** Durante la cirugía, los celadores pueden ser llamados para ayudar al personal quirúrgico proporcionando suministros adicionales, equipos o instrumentos según sea necesario.
- **Mantenimiento de la Esterilidad:** Los celadores deben respetar rigurosamente las normas de higiene y asepsia para mantener la esterilidad del quirófano. Esto incluye el uso de vestimenta adecuada y la manipulación de materiales estériles.
- **Transporte de Muestras:** En algunos casos, los celadores pueden estar involucrados en el transporte de muestras biológicas o de tejido desde el quirófano hasta el laboratorio para su análisis.
- **Comunicación y Coordinación:** La comunicación efectiva con el personal quirúrgico y otros miembros del equipo es esencial para garantizar que la cirugía se desarrolle sin problemas. Los celadores pueden ser un enlace importante en la comunicación dentro del quirófano.
- **Seguridad del Paciente:** La seguridad del paciente es prioritaria en el quirófano. Los celadores deben asegurarse de que los pacientes estén identificados correctamente antes de la cirugía y de que se sigan los procedimientos de seguridad.
- **Traslado Postoperatorio:** Después de la cirugía, los celadores transportan a los pacientes desde el quirófano a la sala de recuperación o a la unidad de cuidados posoperatorios.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo del celador en quirófano es esencial para el funcionamiento eficiente y seguro de las cirugías en un entorno hospitalario. Sus responsabilidades incluyen la preparación del quirófano, el traslado de pacientes, la ayuda al personal quirúrgico y el mantenimiento de la esterilidad, entre otras tareas importantes. Los celadores desempeñan un papel crucial en el equipo de atención quirúrgica y contribuyen al éxito de las intervenciones quirúrgicas y al cuidado de los pacientes. Su trabajo refleja su compromiso con la seguridad y el bienestar de los pacientes en el ámbito hospitalario.

El celador también desempeña un papel importante en la comodidad y el bienestar de los pacientes, especialmente durante su ingreso y salida del quirófano. Además, su habilidad para mantener la calma bajo presión y seguir estrictos protocolos de seguridad es esencial para minimizar riesgos y mantener la integridad de las cirugías.

En resumen, el trabajo del celador en el quirófano es un componente crítico de

la atención quirúrgica y su contribución es esencial para garantizar el éxito de las cirugías y la seguridad de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Rivilla Juárez GM. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. El celador: historia, evolución, formación y funciones - Ocronos - Editorial Científico-Técnica; 2019. Disponible en: <https://revistamedica.com/celador-historia-evolucion-formacionfunciones/amp/>.
2. Rodríguez Muñoz MD. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. [Internet]. El papel fundamental del celador en el ámbito sanitario; 2019. Disponible en: <https://revistamedica.com/papel-celador-ambito-sanitario/amp/>.
3. Menoni O, Ricci MG, Panciera D, Occhipinti E. Valutazione dell'esposizione ad attività di movimentazione manuale dei pazienti nei reparti di degenza: Metodi, procedure, indice di esposizione (MAPO) e criteri di classificazione. Medicina del Lavoro. 1999;90(2):152-172.
4. Villarroya López A. Aplicación práctica del método MAPO: hospital Lucas Augusti. Lugo. Medidas preventivas. En: Jornada técnica: intervención ergonómica en el sector sanitario. [Internet]; 20 de junio de 2013; Barcelona. [lugar desconocido: editorial desconocido]; 20 de junio de 2013. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/547461/Aplicación+practica+del+metodo+MAPO.pdf/7175337d-d7f2-449d-a70e-d6ce36d115ec>
5. Ibv. Ibv.org [Internet]. Documentación técnica de la herramienta metodológica;. Disponible en: <https://gestion.ibv.org/gestoribv/index.php/proyectos/descargables/ambito-de-salud-laboral/845-e3-2-ergosan-docherramienta/file>

Capítulo 511

EL TRABAJO DEL CELADOR EN LAS TRANSFERENCIAS HACIA EL ÁREA DE RADIODIAGNÓSTICO

CRISTIAN VALERO GARCIA

RAFAELA CARRIÓN GONZÁLEZ

CAROLINA JUÁREZ SÁEZ

CRISTOBAL DE LA CUEVA PACHECO

SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC

1 Introducción

La labor del celador en las transferencias hacia el área de radiodiagnóstico es una parte esencial de la atención hospitalaria. El radiodiagnóstico desempeña un papel fundamental en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades, y para que este proceso sea eficiente y seguro, es necesario contar con el apoyo del celador. En esta introducción, exploraremos la importancia de esta función del celador y cómo su trabajo contribuye al cuidado integral de los pacientes que requieren estudios de imagenología en el hospital.

El trabajo del celador en las transferencias hacia el área de radiodiagnóstico es fundamental para el flujo eficiente de pacientes en el entorno hospitalario. El radiodiagnóstico desempeña un papel crucial en el diagnóstico y seguimiento

de enfermedades, y el celador tiene la responsabilidad de garantizar que los pacientes sean trasladados de manera segura y oportuna a esta área. En esta exploración, analizaremos en detalle el papel del celador en estas transferencias y cómo contribuyen al cuidado integral de los pacientes.

El papel del celador en las transferencias hacia el área de radiodiagnóstico es esencial para el funcionamiento eficiente del hospital y la atención de calidad para los pacientes. Su labor implica la preparación, el traslado seguro, la comunicación efectiva y la asistencia al personal de radiodiagnóstico. El celador desempeña un papel crucial en la comodidad y seguridad de los pacientes durante todo el proceso de diagnóstico por imágenes, contribuyendo así al bienestar general de los pacientes y al éxito de la atención médica.

2 Objetivos

Describir las funciones del Celador en las Transferencias hacia el Área de Radiodiagnóstico.

3 Metodología

Revisión bibliográfica:

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en Google Académico, SciELO y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre agosto de 2022 y octubre de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("lightning tests" OR radiodiagnosis) AND ("health caretaker" OR watchman OR overlooker).

4 Resultados

Funciones del Celador en las Transferencias hacia el Área de Radiodiagnóstico:

- Preparación del Paciente: El celador se encarga de preparar al paciente para su traslado hacia el radiodiagnóstico. Esto puede incluir la identificación del paciente, asegurarse de que esté vestido adecuadamente y proporcionar información sobre el procedimiento que se llevará a cabo.
- Traslado Seguro: El celador es responsable de trasladar al paciente de su área de origen (por ejemplo, la habitación de hospital) hacia el área de radiodiagnóstico.

Deben hacerlo de manera segura, evitando cualquier lesión o incomodidad para el paciente.

- **Comunicación:** Durante el traslado, el celador puede actuar como un punto de comunicación entre el paciente y el personal del radiodiagnóstico. Esto puede ayudar a reducir la ansiedad del paciente y asegurar que se cumplan los procedimientos adecuados.
- **Registro y Documentación:** El celador a menudo está encargado de documentar la hora de salida del paciente de su área de origen y la hora de llegada al radiodiagnóstico. Esto es esencial para mantener un registro preciso de las transferencias y garantizar que se cumplan los tiempos de espera.
- **Asistencia al Personal del Radiodiagnóstico:** Una vez que el paciente llega al radiodiagnóstico, el celador puede colaborar con el personal de este departamento al proporcionar apoyo logístico, como la movilización de equipos o suministros según sea necesario.
- **Traslado de Regreso:** Después de completar los estudios de radiodiagnóstico, el celador también es responsable de trasladar al paciente de regreso a su área de origen, asegurando nuevamente su seguridad y comodidad.

En última instancia, el trabajo del celador en estas transferencias contribuye al bienestar general de los pacientes y al cumplimiento de los objetivos de diagnóstico y tratamiento, asegurando que los estudios de radiodiagnóstico se realicen de manera oportuna y segura.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en las transferencias hacia el área de radiodiagnóstico es de gran importancia en el entorno hospitalario. Su labor no solo se limita a trasladar físicamente a los pacientes, sino que también implica proporcionarles comodidad, seguridad y apoyo emocional durante el proceso. La comunicación efectiva y la coordinación son clave en este proceso, ya que el celador actúa como un enlace vital entre el paciente, el personal de radiodiagnóstico y otros profesionales de la salud.

La documentación adecuada de las transferencias y los tiempos de espera también son aspectos cruciales para mantener registros precisos y garantizar la eficiencia en el funcionamiento del hospital.

6 Bibliografía

1. Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil. Canarias: SCS; 2016. Memoria 2015. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/gc/30/memorias/15/index.html>
2. Bush MC. Un great place to work para todos: mejor para el negocio, mejor para las personas y mejor para la sociedad. 1ª ed. Barcelona: Dc plus Serveis editorials,scp; 2018.
3. El SCS constituye el grupo autonómico de Enfermería Nursing Now Canarias. Canariasdiario.13 diciembre 2018; Canarias. Disponible en: <https://www.canariasdiario.com/el-scs-constituye-el-grupo-autonomico-deenfermeria-nursing-now-canarias>
4. Pérez-Capdevila J. Óbito y resurrección del análisis DAFO. Avanzada Científica. 2011;14(2):1-11. 18. del Cura Rodríguez JL. La Radiología en el siglo XXI: debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades. Radiología. 2015;57:183-7.
5. Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil. Canarias: SCS; 2019. Memoria 2018. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/gc/30/memorias/18/index.html>
6. García LM. La gestión centralizada de los servicios de Radiodiagnóstico como modelo válido de gestión empresarial. Madrid: Teseo;2015 Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=fivXxcILAdE%3D>

Capítulo 512

EL CELADOR Y LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EPIDEMIOLOGIA

VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA

ELOY PIQUERAS GONZALEZ

MARIA DOLORES NOLASCO PEREZ

MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ

JUAN CARLOS CARRILLO GÓMEZ

1 Introducción

A lo largo de la historia han existido enfermedades que se transmitían rápidamente por la población, causando miles de muertos, arrasando con poblaciones enteras. Algunas más recientes en la historia como es el caso de la peste negra que permitió a finales del siglo XVI, empezar a estudiar los procesos de esta enfermedad, aquí empieza lo que conocemos como epidemiología o el estudio de las enfermedades en la población. (Transmisión, colectivos más afectados, época de año, etc.).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.

El celador, debido al continuo contacto con los pacientes debe extremar las medidas de seguridad, sabiendo que éstas son la suma de acciones beneficiosas para la salud actuando de forma global sobre determinados factores de riesgo con el objetivo de prevenir las enfermedades transmisibles en el ámbito sanitario.

También se conoce por el nombre de cadena epidemiológica, a la secuencia de elementos que intervienen en la transmisión de un agente desde una fuente de infección a un huésped susceptible, o sea los pasos que sigue un agente causal, desde su hábitat natural (reservorio), hasta el hospedero susceptible.

2 Objetivos

- Conocer y diferenciar los tres eslabones de la cadena epidemiológica.
- Describir los diferentes mecanismos de transmisión del agente infeccioso y las formas de entrada al huésped.

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. 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 con contenidos en relación con el tema de estudio.

4 Resultados

La invasión y multiplicación de microorganismos en el cuerpo, al cual invaden y colonizan, provoca una respuesta local o general. Estos microorganismos pueden ser: bacterias, virus u hongos. Se llaman agentes patógenos.

La infección no implica necesariamente la presencia de enfermedad infecciosa dado que el organismo dispone de mecanismos de defensa capacitados para la lucha contra el agente agresor. Por el contrario, cuando aparece un cuadro de signos y síntomas (fiebre, malestar general, lesiones cutáneas, etc.) significa que el agente infeccioso vence los mecanismos de defensa, crece y prolifera invadiendo tejidos y células a los que lesiona. A este cuadro se llama enfermedad infecciosa. La presencia en un huésped (organismo humano o animal) a un agente infeccioso (bacterias, virus, hongos, priones) crea una relación de parasitismo, ocasionando una respuesta orgánica.

1. La fuente de infección: Es el primer eslabón de la cadena, y esta puede ser:

- Reservorio: Es la guarida o hábitat natural donde crece, se desarrolla y multiplica el agente y del cual depende para su supervivencia. Este reservorio puede ser tanto un humano, como un animal. Las personas suelen ser la fuente de infección más importante y podemos diferenciar entre:

- Persona enferma: el más evidente, cuando la persona padece claramente la enfermedad y va expulsando microorganismos. Como por ejemplo alguien que sufre una gripe común o resfriado.

- Portador: hay tres tipos:

- Los sanos: donde la persona no desarrolla la enfermedad y por lo tanto no padece ningún tipo de síntoma.

- Convalecientes: ya han sufrido la enfermedad y en el proceso de remisión de los síntomas y clara mejoría, todavía tiene capacidad de infectar.

- Los precoces: son aquellos que durante el periodo de incubación, sin desarrollar ningún tipo de síntoma, pueden infectar a otros.

- Ambiente: puede ser la fuente.

- Vías de eliminación: son las puertas de salida que tiene una persona para propagar la infección. Puede ser por vía digestiva (materia fecal, vómito), por vía hemática (mosquito, agujas), por orina y otras secreciones, respiratoria (micro gotas) o cutáneas (heridas).

2. El mecanismo de transmisión es la vía que utiliza el agente para llegar desde la puerta de salida del reservorio, a la puerta de entrada del huésped. Puede ser de dos formas:

- Transmisión directa: El agente infeccioso pasa de forma inmediata, del reservorio infectado hasta la puerta de entrada del huésped susceptible. Ocurre a través del contacto sexual, de los besos, por micro gotas de estornudos y tos.

- Transmisión indirecta: El agente infeccioso utiliza un intermediario para llegar al huésped, puede ser un vector o por el aire. La transmisión por vehículo ocurre por contacto indirecto a través de objetos inanimados (fómites), tales como: instrumentos quirúrgicos, pomos de las puertas, juguetes, así como alimentos contaminados, agujas mal esterilizadas y el agua.

3. Huésped susceptible: Es el individuo sano en el cual se puede desarrollar la enfermedad transmisible. Es el tercer y último eslabón de la cadena. Este huésped tendrá unas características particulares (sexo, edad, raza, estado nutricional, inmunidad, etc.) que lo hará más o menos susceptible.

- Las vías de entrada: o también lugar por donde penetrará al huésped podrían ser los ojos, sistema digestivo, vías respiratorias, tracto genitourinario, mordeduras, heridas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Cada día mueren muchas personas por enfermedades transmisibles y muchas de estas vidas se podrían salvar aplicando medidas preventivas.

Un ejemplo muy reciente lo tenemos con la covid19, cuando se desconocía su virulencia y no se tomaban las medidas adecuadas de prevención (lavado de manos, aislamiento, autoprotección, etc.) el número de infectados y de muertes fue mucho más alto. Sin embargo, a medida que se tomaron medidas de prevención en la población, las cifras de contagio y muertes fueron disminuyendo.

Se debe utilizar una serie de medidas destinadas a actuar en cualquiera de los tres eslabones de la cadena epidemiológica (fuente de infección, mecanismo de transmisión y huésped susceptible). De esta forma se pretende frenar, controlar y erradicar una enfermedad.

6 Bibliografía

- Epidemiología: Enfermedades transmisibles. FL Ramos – 2015 - books-google.com. Dr. Francisco López Ramos, Epidemiólogo, IMSS, México.
- Manual para el control de las enfermedades transmisibles. AS Benenson – 1997 – Scielo Public Health.

Capítulo 513

EL PROFESIONAL CELADOR EN EL ANIMALARIO DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ESTER MARTIN FERNANDEZ

CRISTINA MARTÍNEZ CHACÓN

TANIA SAUCEDO MERCADO

MARÍA NIEVES GONZÁLEZ MARTÍNEZ

RAMÓN LARA LÓPEZ

1 Introducción

Una instalación para animales es una instalación dentro de un hospital donde se mantienen animales con fines de investigación en laboratorios científicos.

Las instalaciones para animales generalmente incluyen laboratorios, áreas de alojamiento para animales, áreas limpias y sucias, incineradores de basura y cadáveres, áreas de laboratorio y quirófanos.

Permite experimentar con técnicas nuevas y complejas en cirugía. Continúe con la investigación con cerdos y aplique los resultados a los humanos.

El Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo dispone de una sala veterinaria de 1.400 metros cuadrados con salas para ratas, ratones, cerdos y todas las demás especies animales útiles para la investigación científica, también cuenta con un área de acción y una sala de operaciones experimental.

Además de los veterinarios e investigadores que trabajan en la instalación, también hay uno o más guardias de seguridad responsables del mantenimiento de la instalación y de los animales alojados en ella. En otras palabras, el trabajo del celador es una parte importante de la instalación de animales, responsable de la limpieza, alimentación, saneamiento de los animales y el mantenimiento óptimo de la sala.

La sección 14.2.21 de la Ley de trabajadores no sanitarios define las obligaciones de los celadores de hospital y su función en la cría de animales.

2 Objetivos

- Comprender qué es el animalario, cómo está estructurado, sus objetivos y sus obligaciones.
- Dar a conocer qué animales están permitidos y como deben registrarse.
- Distinguir el papel del celador en el animalario.

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 celador debe conocer la estructura del animalario para llevar a cabo sus funciones.

- Laboratorio: contará con el material preciso para la investigación de los animales.
- Zona de experimentación con todo lo necesario.
- Zona de alojamiento de los animales enjaulados.
- Zona limpia: preparación de alimentos.
- Zona sucia: limpieza y residuos.
- Incinerador: material contaminado y residuos de cadáveres.
- Oficina de administración.

Todos los materiales, techos, paredes, suelos deben ser impermeables y fáciles de limpiar, así como resistentes a los productos químicos.

Según el artículo 14.2.21 del Estatuto del Personal No Sanitario, los celadores tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán alimentándolos, manteniendo limpias sus respectivas jaulas y realizando el aseo de los mismos, tanto momentos antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquellas y siempre siguiendo las indicaciones que reciban de los médicos, supervisoras o enfermeras que les sustituyan en sus ausencias.

1. División de los animales para su bienestar, pues deben tener tanto el espacio como las condiciones necesarias para ello. No se mezclan machos y hembras a no ser que sea necesaria la reproducción.
2. Suministro de alimentos adecuados y equilibrados y bebederos llenos de agua.
3. Limpieza y esterilización de jaulas, así como de bebederos y comederos, evitando infecciones y olores desagradables. También asearán a los animales antes y después de las pruebas pertinentes.
4. Procreación: el número de ejemplares de animales de fácil procreación será el preciso para las pruebas. Existen animales que no necesitan procrear, pues solo han sido traídos para determinados casos.
5. Traslado de animales.
6. Sujeción de animales
7. Rasurar ciertas zonas de los animales.
8. Recoger animales que se hayan escapado de sus jaulas.
9. Desalojo de cadáveres y según el protocolo del hospital, estos serán incinerados o enterrados.

Para facilitar lo citado anteriormente deben estar identificados los animales alojados:

- Especie.
- Raza (en su caso).
- Cepa (en su caso).
- Sexo.
- Fecha de nacimiento.
- Fecha de cruce (si son pareja).
- Número de animales.
- Código que permita identificar el procedimiento y su responsable.
- Observaciones.

Además, deben ser registrados en un libro de registros cuyos datos deberán ser registrados y conservados al menos cinco años por los criadores, usuarios y suministradores, así como estar a disposición del órgano competente, ya que no todos los animales pueden ser utilizados para los ensayos.

- Designación y número de registro del centro.
- Número de animales.
- Entradas y salidas.
- Animales fallecidos.
- Animales utilizados.
- Observaciones.
- Resultados.
- Enfermedades.

Solo pueden adquirir animales de centros de crías o de centros suministradores. No se podrán utilizar en procedimientos:

1. Especies amenazadas.
2. Animales vagabundos o asilvestrados.
3. Aquellos que hayan sido arrestados en la naturaleza, salvo aprobación del órgano competente.

Todos los métodos que causen dolores no se llevarán a cabo sin anestesia general o local y, tras finalizar el procedimiento, si se considera que padecerá se le suministrará tratamiento anestésico o paliativo para calmarlo. Sin embargo, se optará por la eutanasia si es probable que padezca sufrimiento, angustia o daño severo.

5 Discusión-Conclusión

Los objetivos de la experimentación con animales son: mejorar la calidad de vida humana, aumentar nuestro conocimiento sobre los seres vivos, mantener la biodiversidad conservando las especies y fabricar productos farmacéuticos. Por lo que el estudio con animales es necesario, puesto que gracias a ello hemos conseguido grandes avances en la ciencia, entre ellos la penicilina, la anestesia y muchas de las actuales vacunas.

No todos los animales pueden ser utilizados para el ensayo, solo aquellos que hayan sido creados para este fin, entre ellos se encuentran: roedores, perros, gatos y especies primates no humanas.

El papel del celador en el animalario es clave para que haya un buen cuidado de los animales y que dentro de sus limitaciones puedan tener calidad de vida. Una

mala praxis podría provocar que los animales enfermasen y que no se pudiese llevar a cabo dicho ensayo

6 Bibliografía

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

Capítulo 514

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL

VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA

ELOY PIQUERAS GONZALEZ

MARIA DOLORES NOLASCO PEREZ

MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ

JUAN CARLOS CARRILLO GÓMEZ

1 Introducción

En las actuaciones en las que el paciente se encuentra en fase terminal, el objetivo de la atención al enfermo no es el de la curación, sino el de cuidado físico y psicológico, controlar los síntomas, calmar el dolor, apoyar a la familia, etc.

Los cuidados paliativos ante un enfermo en fase terminal deben proporcionar cuidados de confort.

La atención al paciente precisa del trabajo en equipo y el celador forma parte de ese equipo (médicos, enfermeras, psicólogos, auxiliares de enfermería, voluntarios, etc.) que proporcionan los cuidados necesarios al paciente terminal, por ello debe valorarse si necesita ser escuchado, si necesita expresar sus sentimientos, si dispone de alguien (familiares o amigos) que le puedan apoyar; en qué medida hay riesgo de autolisis; si presenta trastornos emocionales, y si el entorno hospitalario le permite un mínimo de intimidad; como vive la situación la familia: si

existen problemas familiares que agraven la situación como puede ser el desamparo de algún familiar tras su muerte.

Es importante ser correcto, respetuoso, colaborador, mostrar empatía tanto con el enfermo como con la familia, y siempre respetando sus creencias y necesidades religiosas.

Aunque cada caso ha de ser estudiado por el equipo médico, hay una tendencia por parte de los profesionales de la salud, a informar al enfermo de su diagnóstico, a fin de que el paciente pueda hacer sus planes: resolver asuntos pendientes, reconciliarse con determinadas personas, en definitiva, aprovechar lo mejor posible lo que le queda de vida.

Es importante que el celador utilice un diálogo comprensible y veraz, con una comunicación no verbal, extremando el tacto, los gestos, el comportamiento y la actitud ante el paciente y los familiares.

2 Objetivos

- Dar a conocer algunas recomendaciones que deben proporcionar los cuidados de confort al paciente terminal.
- Dar a conocer las etapas que pueden darse en la aceptación de la muerte en los pacientes terminales.

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. 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 con contenidos en relación con el tema de estudio.

4 Resultados

A continuación se indican algunas recomendaciones que proporcionan bienestar y confort al paciente terminal:

- Mantener la buena imagen del enfermo (higiene profunda; tanto de la persona como de la cama hospitalaria), fomentando en todo caso la dignidad del paciente.
- Atención integral, continua y individualizada.
- Proporcionar un ambiente agradable y sin olores, bienestar tanto físico como emocional, espiritual, y social al paciente.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Desarrollar y fomentar la autonomía del paciente.
- A los familiares se le deben proporcionar cuidados psicológicos.

El paciente, al conocer su enfermedad terminal pasa por una serie de etapas, que según la doctora Kübler Ross, describe en cinco etapas, la aceptación a la muerte. Pero no necesariamente tienen que darse las cinco fases en todos los pacientes terminales:

1. Negación: En primer lugar el paciente niega la enfermedad (no es cierto, rechaza la realidad de la noticia, hay un error, esto no puede estar pasando, no a mí). La negación es un mecanismo de defensa ante una mala noticia que le permite dar tiempo para ir asimilando la nueva situación. Sería como recibir un golpe fuerte que al principio produce inconsciencia, y es posteriormente cuando se manifiesta en dolor.

2. Ira: En esta etapa aparece la protesta, el paciente se pregunta (por qué me ha tenido que tocar a mí, no es justo, como puede esto sucederme).

El paciente va asumiendo la realidad de su estado y sustituye la negación por sentimientos de envidia, resentimiento, hostilidad, etc. En algunas ocasiones el paciente descarga la agresividad en las personas que le rodean (personal laboral que le atiende y familia). Es importante que el personal de la institución no tome esa agresividad como algo personal.

3. Negociación: Pacto, el paciente necesita resolver su situación. Va aceptando la idea de la muerte, pero a la vez intenta de alguna manera cambiarla o retrasarla (pero si pudiera tener más tiempo).

4. Depresión: Cuando el paciente ya no es capaz de negar la evidencia de la enfermedad. (voy a morir, que sentido tiene). En esta fase se pueden presentar conductas como querer suspender el tratamiento, a fin de acabar con la situación cuanto

antes. Es un periodo difícil para los que la rodean, no saben qué actitud tomar.

5. Aceptación: (Esto tiene que pasar, no puedo luchar contra la realidad), el paciente está preparado psicológicamente para morir.

A veces la comunicación oral con el paciente, puede resultar difícil (no saber qué decir), y puede darse un predominio de la conducta no verbal.

5 Discusión-Conclusión

Aunque se haya aceptado la enfermedad y la muerte, es posible que se produzca una vuelta atrás en un momento determinado, como volver a enfadarse o deprimirse o, como consecuencia de una mejoría momentánea percibir esperanzas irreales.

Tras el fallecimiento, algunos familiares pueden reaccionar con agresividad contra las instituciones sanitarias o contra sí mismos pensando que podían haber hecho más. La familia debe ir aceptando la muerte. El duelo hay que vivirlo tarde o temprano, hay familiares que no lo aceptan hasta pasado un tiempo.

La presencia de una enfermedad avanzada produce un gran impacto emocional en el paciente y familia relacionado con el amargo sufrimiento y el inevitable proceso de morir.

La muerte y los cuidados paliativos han de ser acogidos con naturalidad, educar y educarnos a nosotros mismos, aprendemos a dar valor a la muerte y a apreciar la vida.

6 Bibliografía

- El proceso comunicativo en la relación médico-paciente terminal. A Gajardo-Ugas, C Lavados-Montes – Persona y bioética, 2010 – scielo.org.co.
- Temario tema 15 de Celadores del Servicio de Salud de Castilla La Mancha.

Capítulo 515

EL ROL DEL CELADOR EN EL TRASLADO Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

MARÍA DELICIA CASTRO BARROSO

MARIA DEL CARMEN AGUADO MARQUEZ

PATRICIA FERNÁNDEZ BALBUENA SÁNCHEZ

SONIA RAMÍREZ ANGUITA

JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El papel del celador en la movilización y traslado de pacientes en entornos de atención médica es de suma importancia para garantizar la seguridad y el bienestar tanto de los pacientes como del personal de salud. Los celadores desempeñan un rol esencial en una amplia gama de situaciones, desde acompañar a los pacientes en cirugías programadas hasta asistir en los traslados a unidades de cuidados intensivos o a diferentes áreas del hospital.

La seguridad en el sistema de atención médica es una prioridad fundamental, y el traslado de pacientes es un punto crítico en este sentido. Para asegurar la eficacia y preservar la integridad de todos los involucrados, se establecen condiciones necesarias de mejora y se subraya la importancia del conocimiento adecuado por parte de los celadores.

La clave para llevar a cabo estas responsabilidades de manera efectiva reside en la comprensión de los principios anatómo-fisiológicos del cuerpo humano, incluyendo el sistema esquelético-muscular. Este conocimiento capacita a los celadores para comprender los límites anatómicos y los rangos de movimiento seguros, evitando causar lesiones en los pacientes durante la movilización y el traslado. Además, los celadores también deben estar al tanto de las condiciones médicas específicas de los pacientes y seguir las directrices proporcionadas por el personal médico para garantizar un cuidado seguro y efectivo en todo momento.

2 Objetivos

Describir el desempeño de los celadores para garantizar la seguridad de los pacientes mientras los movilizan o trasladan a través de las diferentes áreas de la institución médica.

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"; "mobilization"; "transfer" y "function". Se seleccionaron específicamente artículos científicos que abordaran temas relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El celador desempeña un papel central en la movilización de pacientes en entornos de atención médica. Su conocimiento y habilidad son fundamentales para llevar a cabo esta tarea de manera segura y efectiva. La falta de experiencia y conocimiento en estas técnicas puede llevar a situaciones de improvisación, lo que aumenta el riesgo de lesiones en la columna del celador. Por lo tanto, es esencial que el celador esté bien preparado y capacitado para garantizar la seguridad de los pacientes durante el proceso de movilización.

El celador debe dominar una serie de posiciones corporales básicas, como el decúbito supino, decúbito lateral, Fowler, decúbito prono y Sims, que se utilizan

cuando el paciente está encamado. Además, debe estar familiarizado con posiciones quirúrgicas específicas que se emplean en el quirófano o durante pruebas médicas. Estas posiciones pueden variar desde movilizaciones activas, donde el paciente coopera, hasta movilizaciones pasivas, cuando el paciente no puede participar en el proceso.

La movilización de pacientes tiene una serie de propósitos importantes en la atención médica. Entre ellos se incluye la prevención de úlceras por presión, el apoyo a la función cognitiva, el mantenimiento de la función motora y cardiovascular, el cuidado de la función urinaria, la mejora de la función respiratoria, el estímulo de la función gastrointestinal y metabólica, y la prevención de lesiones cutáneas. El celador desempeña un papel fundamental en el logro de estos objetivos, ya que ayuda a los pacientes a cambiar de posición y a moverse de manera segura. Al realizar la movilización de pacientes, el celador debe seguir normas básicas para garantizar la seguridad de todos los involucrados. Esto incluye la preparación adecuada de todo el material necesario, sostener al paciente cerca de su centro de gravedad para evitar lesiones, utilizar los músculos de las piernas en lugar de doblar la espalda, y aprovechar el contrapeso de su propio cuerpo para aumentar la fuerza. Además, debe minimizar la fricción, evitar apoyar directamente sobre lesiones o áreas doloridas, realizar cambios posturales cuando sea necesario y tener precaución al manejar dispositivos médicos conectados.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en la movilización de pacientes en entornos sanitarios es de suma importancia. Requiere habilidades técnicas, una profunda formación y una atención constante a la seguridad del paciente. La movilización, que es fundamental en la atención médica, debe realizarse con precisión para evitar lesiones y promover el bienestar del paciente. Los celadores deben comprender las posiciones corporales y adaptarlas a cada situación clínica. Su labor va más allá de la fuerza física, ya que también implica empatía y una comunicación efectiva. En definitiva, su contribución es esencial para el éxito general del proceso de atención médica en un centro de salud. Su compromiso con la seguridad y el bienestar del paciente es invaluable.

6 Bibliografía

1. Méndez, J. Técnicas de movilización de pacientes. Revista Fisioterapia y Calidad de Vida.

2. Rueda, M.E. Posiciones anatómicas básicas en enfermería. Revista Enfermería Global.

Capítulo 516

TAREAS DEL CELADOR EN SERVICIOS DE URGENCIAS MÉDICAS

MARÍA DELICIA CASTRO BARROSO

PATRICIA FERNÁNDEZ BALBUENA SÁNCHEZ

MARIA DEL CARMEN AGUADO MARQUEZ

JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

SONIA RAMÍREZ ANGUITA

1 Introducción

Cuando hablamos de urgencias, nos referimos a condiciones médicas o quirúrgicas que surgen repentinamente y requieren atención inmediata, incluyendo un diagnóstico en un plazo limitado.

Los celadores son parte fundamental en los servicios de salud y tienen una estructura jerárquica y responsabilidades específicas, regidas por leyes y normativas como el Estatuto de Personal No Sanitario y el Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.

En el área de urgencias, los celadores cumplen funciones diversas, como recibir y orientar a pacientes y sus acompañantes, llevar a cabo tareas generales para garantizar el funcionamiento adecuado del servicio Y brindar apoyo interno y externo.

En el contexto de las urgencias médicas, la labor de los celadores va más allá de sus funciones específicas. Son un eslabón crucial en la cadena de atención

médica, ya que su presencia y apoyo en la recepción de pacientes contribuyen a crear un ambiente de calma y seguridad, especialmente en situaciones de estrés y ansiedad. Además, su colaboración en la logística interna y el flujo de pacientes es esencial para garantizar una atención fluida y eficaz, lo que, a su vez, puede tener un impacto positivo en los resultados y la experiencia general de los pacientes en momentos críticos de su salud.

2 Objetivos

Describir las actuaciones desempeñadas por los celadores en el entorno de las urgencias hospitalarias y en el centro de salud, con el objetivo de garantizar una atención eficiente y segura a los pacientes

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"; "emergencias" y "function". Se seleccionaron específicamente artículos científicos que abordaran temas relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El papel del celador en el entorno de urgencias hospitalarias es esencial para garantizar una atención eficaz y segura a los pacientes. Su función en la entrada principal de urgencias es de doble dimensión. En primer lugar, el celador desempeña un papel crucial en la recepción de los pacientes que llegan a urgencias. Ya sea que los pacientes lleguen en vehículos particulares o ambulancias, el celador está allí para recibirlos, ofrecer asistencia inicial y facilitar su llegada al área de atención. Esto puede implicar ayudar a los pacientes que caminan, proporcionar sillas de ruedas o camillas según sea necesario, y notificar de inmediato al personal médico cuando un paciente requiere atención urgente.

Además de su función de recepción, el celador también tiene la responsabilidad de controlar el acceso al área de urgencias. Esto implica garantizar que solo ingresen personas autorizadas, como pacientes, familiares y personal médico, y

supervisar el cumplimiento de las normas y pautas, como la prohibición de fumar, el mantenimiento del silencio y el respeto a las restricciones de movimiento en los pasillos. También colabora en diversas tareas asignadas por el personal sanitario y proporciona información general a los usuarios, siempre asegurando la confidencialidad de los datos médicos o administrativos.

En el exterior del área de urgencias, el celador también desempeña un papel importante en el manejo de documentos y comunicaciones. Esto incluye el transporte seguro de documentos médicos, historias clínicas y correspondencia entre diferentes servicios del hospital. Además, facilita la transmisión de mensajes verbales según sea necesario para mantener una comunicación eficiente en el entorno de urgencias. También se encarga de movilizar a los pacientes a diferentes unidades hospitalarias según las indicaciones del personal médico.

Internamente, el celador coordina la transferencia de pacientes y sus familiares a las diferentes áreas del hospital, asegurando una transición fluida y eficaz. Ofrece apoyo constante al personal de salud, ayudando en tareas como la preparación de material médico o el transporte de equipos. También controla el acceso y el comportamiento de las personas dentro del área de urgencias para garantizar un ambiente seguro y ordenado.

En el contexto de urgencias en un centro de salud, el celador desempeña funciones adicionales, como abrir y cerrar las instalaciones, notificar a los médicos y enfermeras cuando un paciente está listo para recibir atención, gestionar citas para consultas médicas y de enfermería, y atender llamadas telefónicas, tomando nota de las solicitudes de atención médica domiciliaria y comunicándolas al personal sanitario correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del celador en servicios de urgencias médicas son esenciales para la eficiencia y la calidad de la atención. Desde la recepción y el control de acceso hasta el apoyo interno y externo, el celador desempeña un papel multifacético. Su presencia genera calma y seguridad en la entrada, mientras que su asistencia interna y movilidad de pacientes agiliza la atención médica. En centros de salud, facilita la gestión de citas y llamadas. En última instancia, el celador no solo desempeña un papel técnico, sino que también proporciona apoyo emocional y contribuye al funcionamiento óptimo de los servicios de urgencias, mejorando la experiencia del paciente.

6 Bibliografía

1. Álvarez, J. M., et al. (2017). El papel del celador en la atención al paciente en urgencias. *Revista de Enfermería en Urgencias*, 27(1), 27-31.
2. Moreno-Casbas, M. T., et al. (2016). El papel de los celadores en la humanización de la atención hospitalaria. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 58-61.

Capítulo 517

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO: GARANTIZANDO LA SEGURIDAD Y EFICIENCIA EN LA SALA DE CIRUGÍA

MARÍA DELICIA CASTRO BARROSO

SONIA RAMÍREZ ANGUITA

JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARIA DEL CARMEN AGUADO MARQUEZ

PATRICIA FERNÁNDEZ BALBUENA SÁNCHEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un quirófano es un espacio altamente especializado donde se llevan a cabo procedimientos quirúrgicos. Estos espacios están divididos en diferentes áreas que se requieren para llevar a cabo una cirugía de manera segura y abordar posibles complicaciones.

Dentro del quirófano, el celador desempeña un papel fundamental. Su trabajo abarca una variedad de responsabilidades, incluyendo el traslado de pacientes, el seguimiento de procedimientos, el transporte de documentos e insumos, el cuidado de equipos e insumos, y brindar apoyo durante la cirugía. Estas responsabilidades son esenciales para el éxito de la operación y el bienestar del paciente.

Debido a la naturaleza especializada de su trabajo y las condiciones específicas del quirófano, es esencial que el celador esté plenamente consciente de la importancia de mantener una perfecta asepsia y de asegurar un posicionamiento adecuado del paciente en la mesa de operaciones. Además, debe comprender las diversas funciones del personal médico con el que trabajará en equipo, además de sus propias tareas dentro y fuera del hospital.

Un aspecto crucial en este entorno es la comprensión de las áreas de restricción progresiva que existen en el quirófano, diseñadas para eliminar cualquier fuente potencial de contaminación. Esto subraya la importancia de mantener un entorno libre de agentes contaminantes para garantizar la seguridad y el éxito de las intervenciones quirúrgicas.

2 Objetivos

Evaluar de manera exhaustiva el desempeño de los celadores en el entorno quirúrgico, centrándonos en sus funciones críticas, su impacto en la seguridad del paciente y la eficiencia de los procedimientos quirúrgicos.

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"; "surgical area" y "function". Se seleccionaron específicamente artículos científicos que abordaran temas relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En el contexto de un quirófano de menor tamaño, el rol y las funciones de los celadores son esenciales para asegurar un flujo eficiente y seguro de las operaciones quirúrgicas. Estos profesionales desempeñan una serie de tareas críticas que contribuyen significativamente al éxito de cada procedimiento. Su labor abarca desde el traslado de pacientes desde la sala de exploración hasta el quirófano, pasando por la asistencia al personal médico y el anestesiólogo en el posicionamiento adecuado del paciente en la mesa de operaciones. Asimismo, están

disponibles para atender las solicitudes del equipo médico, enfermeros o supervisores durante el procedimiento quirúrgico. La presencia constante de un celador en la zona preoperatoria proporciona un respaldo esencial en caso de requerirse su ayuda durante la cirugía.

El transporte de documentos y muestras de laboratorio, como análisis de sangre, al laboratorio o al banco de sangre, también es una tarea fundamental realizada por los celadores. Su responsabilidad no se limita únicamente a las áreas quirúrgicas, sino que se extiende a mantener un ambiente limpio y seguro en el edificio hospitalario, informando a sus superiores de cualquier daño o irregularidad que puedan detectar durante sus labores de limpieza y mantenimiento.

La morgue es otro de los puntos donde la intervención de los celadores es necesaria. En casos de fallecimiento durante una cirugía o cuando se requiere amputar una extremidad en situaciones de emergencia, los celadores se encargan del traslado del paciente a la morgue, siempre en conformidad con las indicaciones del cirujano y respetando la sensibilidad de la situación.

Un aspecto crucial en la labor de los celadores es garantizar la seguridad del paciente al moverlo desde el quirófano a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Para ello, se aseguran de que la cabeza del paciente esté inclinada hacia un lado para prevenir posibles vómitos y que el brazo y el codo estén adecuadamente posicionados sobre el cuerpo. Este proceso se realiza con extremo cuidado y precisión.

Es importante destacar que todas estas responsabilidades se desarrollan en un contexto hospitalario altamente especializado, donde el quirófano se divide en áreas específicas con el propósito de garantizar la esterilidad y prevenir la contaminación. Los celadores, como parte integral del equipo de quirófano, juegan un papel fundamental en mantener la integridad de estas áreas y seguir protocolos estrictos para mantener altos estándares de higiene y seguridad en el entorno quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en un quirófano de menor tamaño es de vital importancia para el funcionamiento eficiente y seguro de los procedimientos quirúrgicos. Estos profesionales desempeñan una amplia gama de funciones, desde el traslado de pacientes hasta la asistencia al personal médico y la garantía de un entorno estéril. Su presencia constante y su capacidad para responder rápidamente a las necesidades del equipo quirúrgico son cruciales para mantener la seguridad y el

bienestar de los pacientes.

Además, los celadores son responsables de tareas delicadas, como el transporte de documentos y muestras de laboratorio, así como el manejo respetuoso de situaciones sensibles, como el traslado de pacientes fallecidos. Su labor contribuye en gran medida a mantener la integridad de las áreas quirúrgicas y garantizar que se sigan estrictamente los protocolos de higiene y esterilidad.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. (2009). Lista de verificación de seguridad quirúrgica. Organización Mundial de la Salud.
2. Zaydfudim, V.M & Jones, H.L (2019). La importancia de las habilidades no técnicas en salud: la necesidad de evaluar y mejorar el trabajo en equipo y la comunicación. La Revista Estadounidense de Cirugía, 218(3), 540-545.

Capítulo 518

EL PROFESIONAL DE CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

TANIA SAUCEDO MERCADO

CRISTINA MARTÍNEZ CHACÓN

RAMÓN LARA LÓPEZ

ESTER MARTIN FERNANDEZ

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

1 Introducción

La unidad de vigilancia intensiva, también denominada unidad de cuidados intensivos (UCI), es un servicio altamente especializado en la asistencia, vigilancia y control de pacientes en estado crítico.

Puede caracterizarse como un área particular del hospital donde, de manera adecuada, es posible monitorear, realizar procedimientos de diagnóstico, ayudar al mantenimiento controlado de las funciones vitales y administrar el tratamiento definitivo a aquellos pacientes cuya vida está en peligro, está en peligro por enfermedades que pueden ser curables.

Debido a la naturaleza de los pacientes que ingresan, los celadores deben estar muy bien preparados para manejar los cambios posturales de los pacientes de manera adecuada porque su movilidad no puede ser brusca.

Muchas tareas diferentes se incluyen en las responsabilidades del celador de la UCI, tales como:

- Proporcionar controles de entrada y salida, así como la vestimenta adecuada (bata desechable, gorros, polainas, mascarillas, guantes, etc.).
- El personal de enfermería solo asiste en los procedimientos de diagnóstico que no se pueden realizar en el lugar y el médico debe acompañar a los pacientes durante los traslados.
- Traslado de cualquier mobiliario o equipo que se requiera en la referida unidad, tales como línea blanca, papelería y correspondencia.
- Estar disponible para asistir al paciente mientras está en cama o en camilla con ajustes posturales.

2 Objetivos

El objetivo principal consiste en Describir cuales son las funciones que tiene un celador dentro de la unidad 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 se han consultado 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 unidad de cuidados intensivos es una planta de hospitalización donde son tratados los pacientes en estado más crítico, aquí están monitorizados durante las 24 horas del día, y el celador destinado a este servicio debe conocer en profundidad las técnicas de movilización, pues se trata de pacientes especialmente sensibles.

Las funciones del celador en ámbitos como en la UCI pueden ser las siguientes:

- Cuidarán con empatía a los enfermos y sus pertenencias personales.
- Vigilarán las entradas a la UCI, permitiendo la entrada de familiares autorizados en las horas de visita establecidas por el hospital.

- Serán los encargados de mantener el orden y la limpieza en la UCI para garantizar la seguridad de posibles infecciones.
- Trasladarán a los enfermos, para la realización de pruebas diagnósticas.
- Ayudarán a las enfermeras y a las TCAE de la UCI al movimiento del enfermo.
- Ayudarán a las enfermeras y auxiliares de enfermería a amortajar a los enfermos fallecidos, trasladando posteriormente el cadáver al mortuario.
- El celador no podrá hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia del enfermo.

Habrán diferentes traslados desde las distintas partes del hospital o centro de salud hasta la UCI.

El celador deberá trasladar a los enfermos de habitación, estos cambios se podrán hacer:

- Desde el quirófano en donde la responsabilidad será compartida entre los profesionales de ambos grupos, el celador deberá acudir al quirófano en donde cambiará al paciente acompañado de varios enfermeros hasta la zona de cuidados intensivos.
- Traslado desde la UCI a un área de asistencia no crítica en donde cambiaría las necesidades del paciente y la responsabilidad recae sobre los profesionales de la UCI.
- Traslado desde la UCI a sala convencional o a la unidad de cuidados intermedios, esta sala está asociada a la mejoría de los pacientes y en los que necesitan menos cuidados y necesidades por parte de los enfermeros.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, los celadores estarían en contacto con aquellos pacientes graves ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos que tienen patologías que pueden afectar a las funciones vitales, y en donde tendrán que ir con mayor rapidez y precaución que en otras plantas de hospitalización. Realizarán traslados de pacientes a otras partes del hospital, para la realización de pruebas, siempre acompañado por un enfermero o auxiliar de enfermería que vigilará en todo momento la correcta colocación de vías, bombas de perfusión, etc. y tendrán la responsabilidad del paciente.

Por todo lo anteriormente descrito el trabajo del celador en la Unidad de Cuidados

Intensivos es sumamente delicado y deberá seguir en todo momento las indicaciones del personal sanitario, y conocer en profundidad los protocolos de trabajo del servicio

6 Bibliografía

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

Capítulo 519

EL PROFESIONAL DE CELADOR EN EL ALMACÉN DE SUMINISTROS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

RAMÓN LARA LÓPEZ

ESTER MARTIN FERNANDEZ

CRISTINA MARTÍNEZ CHACÓN

TANIA SAUCEDO MERCADO

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

1 Introducción

El almacén del hospital es un área construida específicamente para colocar en él, cualquier tipo de mercancía o cualquier tipo de material sanitario.

El almacén debe de tener una gran capacidad junto con un acondicionamiento y unas condiciones óptimas y perfectas para conseguir que el material se mantenga en unas condiciones óptimas e idóneas.

Una vez que las mercancías lleguen al almacén, será el celador el encargado de admitir la mercancía que lleguen en los camiones, además verificará el material entrante y él quien se ocupe de distribuirlo por las distintas estanterías que conforman y dan orden al almacén general.

Decimos que el almacén general es importante, porque será el gran suministrador para todo el hospital y también de los centros de atención primaria, pero no solo

suministrara a los centros de atención primaria de la capital, sino que también suministrará a todos los centros sanitarios de atención primaria de la provincia, por eso decimos que es una parte fundamental para el buen desarrollo y funcionamiento de cualquier instalación sanitaria.

Este almacén se podrá localizar dentro del propio hospital, pero en los sótanos, ya que tiene que tener un muelle de carga y descarga, o en algunos centros hospitalarios lo podemos encontrar a las afueras, como en un edificio anexo al hospital.

2 Objetivos

Describir las funciones que el celador lleva a cabo en el almacén de suministros, destacando la labor del celador en esta unidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

El almacén hospitalario hoy cumple multitud de funciones, como lo son la recepción de todo el material sanitario y no sanitario que ha sido proporcionado por los proveedores externos, para que la labor de la institución sanitaria se desempeñe de forma correcta. En el almacén también se lleva a cabo el establecimiento del control de calidad, así como el almacenamiento de las mercancías, y la preparación, custodia y expedición de los pedidos, De tal forma que se garantice el aprovisionamiento a todas las unidades o servicios de la institución hospitalaria.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador será el encargado de llevar a cabo la recepción de las mercancías, decidiendo si aceptar o no las mismas, en cuanto a la realización de la comprobación de que el número de bultos confirme que el albarán es el correcto, esto es, llevar a cabo el control cuantitativo de los pedidos.

Una vez recibida la mercancía, el celador se encargará de revisar la misma y llevar a cabo su carga y descarga, para posteriormente colocar de forma correcta y ordenada los artículos recibidos dentro del almacén.

El celador se encargará de asegurarse de que los vales de los pedidos son correctos, para así poder realizar la entrega del material.

El celador también se encargará de la preparación correcta de los pedidos, así como su transporte, reparto, y distribución de los mismos por las diferentes plantas servicios y unidades de la institución hospitalaria.

El celador colaborará en la realización del inventario diario del material, incluyendo las entradas y las salidas, participando también en la realización del inventario general.

Si el celador observará alguna fuga o desperfecto en el interior del almacén de suministros, deberá comunicarlo directamente a su superior.

El celador velará porque no entre personal no autorizado en el almacén de suministros.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo del presente texto, el almacén de suministros realiza una función muy importante dentro de cada hospital, encargándose del aprovisionamiento, recepción de la mercancía, custodia y clasificación de la misma, reparto de los pedidos a las diferentes áreas del hospital, etc.

Resulta de vital importancia mantener el orden en esta unidad, y comprobar los albaranes y los vales de los pedidos, así como asegurar su correcto inventario diario. El celador, con su labor, realiza multitud de estas funciones y contribuye a que el almacén de suministros funcione de forma adecuada y eficiente, para así poder prestar un servicio óptimo al resto de áreas del hospital, lo cual contribuye a agilizar la labor asistencial y que esta se desarrolle de forma óptima

6 Bibliografía

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

Capítulo 520

TRABAJADO SOCIAL Y CORRESPONSABILIDAD EN SALUD

ISABEL BARCELO MOLINA

1 Introducción

En nuestro sistema de atención primaria la corresponsabilidad o responsabilidad compartida es fundamental. Tanto el cuidado como la promoción de la salud implica una participación de la comunidad, apoyada y dirigida por los equipos de salud, equipos interdisciplinarios donde se encuentra formando parte de ellos la figura del trabajador/a social.

La participación comunitaria es la base para el cumplimiento de uno de los objetivos de la atención primaria y de las acciones de la salud pública, que es la promoción de la salud.

La salud está determinada por factores genéticos y biológicos, factores ambientales y estilos de vida; fomentar acciones que minimicen el riesgo de los dos últimos factores (ya que los genéticos no se pueden modificar en la actualidad) en relación con la salud, forma parte de los Equipos de Atención Primaria que dotarán a la comunidad y al usuario de aquellos instrumentos para que todos y de una manera corresponsable consigan la promoción de la salud y mejora de todos los procesos asistenciales en el caso de que exista enfermedad.

En estos equipos el trabajador/a social será el encargado de impulsar la relación sociosanitaria, en coordinación con el resto del equipo, para organizar una atención de salud integral de la comunidad o a nivel individual del usuario, estableciendo canales entre estos y los recursos existentes.

2 Objetivos

- Establecer la participación de la figura del trabajador/a social dentro del abordaje de la corresponsabilidad como elemento de la promoción de la salud.
- Describir la importancia de la corresponsabilidad como nuevo concepto en la promoción y atención de la salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han revisado publicaciones académicas, revistas y guías de la administración sanitaria. Así mismo se ha realizado una búsqueda y consultado la información en internet y bases de datos como PubMed, Medline y Scielo, sobre corresponsabilidad, analizando esta desde distintas áreas y centrándonos en el ámbito sanitario principalmente.

4 Resultados

Según la Real Academia Española (RAE) la corresponsabilidad se define como “responsabilidad compartida” y la definición, también de la RAE de la responsabilidad, es “capacidad existente de todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente”.

Estas dos definiciones nos aclaran un poco y nos ubican en el significado de la corresponsabilidad.

Si esta corresponsabilidad la aplicamos al ámbito de la salud y más concretamente al ámbito de la Atención Primaria con el objetivo de promocionar la salud de la comunidad y de los individuos en particular, podemos decir que es el eje de actuación de todas las administraciones e instituciones tanto públicas como privadas, de los equipos interdisciplinarios de Atención Primaria y de la población en general.

Las administraciones deberán establecer políticas de salud que vayan destinadas a la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación; también deberán reducir desigualdades sociales que repercutan en salud, desigualdades que pueden producirse por factores económicos, nutricionales, educativos, sociales, ambientales, entre otros.

La comunidad tendrá responsabilidad de hacer uso adecuado de los recursos tanto privados como públicos en materia de salud, acercando dichos recursos al mayor número de usuarios, creando y constituyendo estilos de vida saludables

que contribuyan a una salud integral. Deberán fomentar la participación activa en las políticas de salud.

Y dentro de los equipos interdisciplinares, dentro de la atención primaria es responsabilidad del trabajador social en relación con la corresponsabilidad:

- La identificación y desarrollo de fortalezas de personas, grupos y de la comunidad en general, trabajando en coordinación con otros profesionales.
- La investigación de aquellos factores psicosociales que afecten a la salud
- La evaluación de los servicios existentes en su ámbito y la adecuación de estos a las necesidades reales de la población
- La realización de estrategias de intervención que potencien aspectos psicosociales saludables y eliminen en la medida de lo posible aquellos que sean perjudiciales para la salud
- Servir de nexo entre la comunidad y los servicios de salud.

5 Discusión-Conclusión

La salud es un derecho fundamental para todos los seres humanos, en nuestra Constitución en su artículo 43.1 se reconoce explícitamente el derecho a la protección de la salud.

La corresponsabilidad en salud implica la interacción de las administraciones, del Estado español, del sistema sanitario, de la comunidad, así como de las personas a nivel individual. Cada uno de estos actores debe tomar conciencia de que la salud es responsabilidad de todos.

La corresponsabilidad contribuye a fortalecer el trabajo, a la reorganización de este trabajo en los servicios de salud, une sinergias con el objetivo final de aumentar los niveles de salud en la sociedad; no entendiendo estos niveles solamente como ausencia de enfermedad, sino como un aumento de la calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Plan de Humanización del sistema Sanitario Público de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía 2021.
2. Estatuto de personal no sanitario al servicio de instituciones sanitarias de la seguridad social con fecha 22/07/71.
3. Rodrigo Gutiérrez Fernández. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Ética profesional y Responsabilidad social en Sanidad. Unidades didácticas de la Escuela Nacional de Sanidad. Número 10, Disponible en: <http://e-espacio.uned.es/fez/view/bibliuned:500715>.

Capítulo 521

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: DISPOSITIVOS DE ALMACENAMIENTO EN UN ORDENADOR

BEGOÑA GARCÍA VILLA

1 Introducción

Los dispositivos de almacenamiento se distinguen de la memoria RAM en tres cuestiones fundamentales:

- No son volátiles.
- Tienen una capacidad de almacenamiento muy elevada (de ahí que se conozcan como dispositivo de almacenamiento masivo).
- El coste por MB es muy inferior.

Excepto en el caso de las memorias flash y de los SSD externos, que en ambos casos se alimentan mediante el cable de datos, estos dispositivos requieren de dos conexiones: una a la fuente de alimentación (la del equipo u otra externa), y otra a la interfaz de la controladora de periférico correspondiente. Esta puede estar integrada en la placa base o conectada a cualquiera de sus ranuras de expansión.

La velocidad de transmisión de datos desde la memoria masiva a la memoria RAM dependerá, además de todos los factores mencionados, de la velocidad de lectura y escritura del propio dispositivo.

Existe una gran variedad de dispositivos de almacenamiento, pero en general

podemos clasificarlos según tres criterios: su ubicación, la tecnología que emplean para almacenar la información y la controladora.

Los antiguos disquetes y los lectores de cintas utilizan también soportes magnéticos para almacenar la información.

A continuación vamos a ver cómo se clasifican y como son.

2 Objetivos

Conocer los dispositivos de almacenamiento que existen en un ordenador como parte de nuestra formación básica como auxiliar administrativo en sanidad.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

En relación con este criterio, los dispositivos de almacenamiento masivo se clasifican en:

- Dispositivos internos de almacenamiento. Son aquellos dispositivos que se instalan fijos en el interior del chasis del ordenador. Pertenecen también a este grupo aquellos que, como los lectores ópticos y los lectores de tarjetas, tienen bandejas o ranuras abiertas al exterior.
- Dispositivos externos de almacenamiento. Son aquellos dispositivos que se conectan y desconectan al ordenador a través de cualquiera de sus puertos de expansión exteriores, situados en el panel de E/S o en algún otro panel especial de la caja.

Desde el punto de vista de la tecnología que emplean para almacenar los datos, se distinguen tres grandes grupos:

- Dispositivos magnéticos. Pertenecen a este grupo los discos duros tradicionales, conocidos también por sus siglas en inglés HDD (Hard Disk Drive). Los discos duros de este grupo son dispositivos mecánicos, ya que su funcionamiento se basa en el uso de una serie de discos giratorios de metal en los cuales se pueden escribir y leer los datos gracias a unos cabezales magnéticos que se mueven a gran velocidad.
- Dispositivos de estado sólido. Los discos de estado sólido o SSD (del inglés, Solid State Drive) usan un tipo de memoria flash denominado NAND, que almacena los datos en una matriz de células de memoria. Cada bloque de memoria puede almacenar entre 256 KB y 4 MB de información y, dado que la controladora conoce cada una de sus direcciones, el acceso a la información es mucho más rápido que en los discos duros convencionales. Los pendrives o la memoria interna de dispositivos como los teléfonos móviles usan este tipo de memoria flash.
- Dispositivos ópticos. Un tercer tipo de tecnología de almacenamiento de datos es la óptica, cuyos exponentes más utilizados son los CD-ROM, DVD-ROM y discos Blu-ray.

Los antiguos dispositivos de almacenamiento utilizaban una controladora PATA o, en equipos de gama alta, SCSI. Estas tecnologías se han visto ampliamente superadas por sus sucesoras, los estándares SATA y SAS. Las placas base actuales integran una controladora SATA que nos permite conectar tanto HDD como SSD y unidades ópticas, siempre que sean compatibles con su interfaz. En cuanto a las controladoras SAS, podemos añadirlas conectándolas a una ranura PCIe libre, o encontrarlas integradas en placas base destinadas a estaciones de trabajo y servidores.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión bibliográfica hemos visto cómo se clasifican los principales tipos de dispositivos de almacenamiento de información que podemos encontrar en un ordenador.

El ordenador o computadora es nuestra principal herramienta de trabajo como auxiliar administrativo en sanidad, ya que hoy en día toda la información relativa al trato con el paciente se refleja de forma digital, de tal forma que quede constancia de cualquier tipo de procedimiento o interacción que se lleva a cabo con el individuo en lo relativo a su estado de salud.

Es muy importante tener en cuenta siempre la importancia de la protección de datos de nuestros pacientes.

6 Bibliografía

- 1- dispositivo de almacenamiento de datos - https://es.m.wikipedia.org/wiki/Dispositivo_de_almacenamiento_de_datos
- 2- dispositivos de almacenamiento de datos - <https://www.ejemplos.co/20-ejemplos-de-dispositivos-de-almacenamiento/>
- 3- dispositivos para almacenar de forma segura la información - <https://www.educaciontrespuntocero.com/tecnologia/dispositivos-de-almacenamiento/>
- 4- los mejores dispositivos de almacenamiento - <https://www.economiadigital.es/consumo/mejores-dispositivos-almacenamiento.html?amp>
- 5- tipos de dispositivos de almacenamiento - <https://www.tecnologia-informatica.com/dispositivos-de-almacenamiento-informacion/>

Capítulo 522

EL PROFESIONAL DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

DANIEL ZALDIVAR MARTIN

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ

1 Introducción

Comenzaremos la introducción de este capítulo afirmando que la atención primaria ha sido históricamente el primer nivel de atención médico-sanitaria, donde los pacientes acuden para recibir la atención que necesitan de profesionales médicos calificados.

Un sistema de salud fuerte debe incluir la atención primaria como elemento fundamental. Las clínicas de atención primaria ponen un fuerte énfasis en la prevención de enfermedades, el diagnóstico temprano y el tratamiento necesario.

Los auxiliares administrativos cumplen funciones esenciales en la gestión de los centros de salud de atención primaria porque estas funciones contribuyen y apoyan la prestación de una atención de mayor calidad al paciente.

Adicionalmente, debemos señalar que los auxiliares administrativos que desempeñan sus funciones en la atención primaria son los encargados de administrar

los registros de los pacientes, la información médica y la información confidencial. Estos trámites son sumamente delicados porque se está manejando información privada. Esto supondrá mantener y actualizar las historias clínicas, documentando todo lo relacionado con los resultados de los tratamientos y pruebas. Se les exigirá que cumplan siempre con las normas y leyes relativas a la seguridad del paciente y la protección de datos para poder hacer todo esto. Los auxiliares tienen una variedad de deberes cruciales para garantizar la calidad de la atención al paciente.

2 Objetivos

- Describir cuáles son las funciones y tareas del auxiliar administrativo en el servicio de atención primaria.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según la Orden de 1984, los auxiliares se dedican a aquellos trabajos de “apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas de la Institución, así como las de secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática”.

Con carácter general se puede concretar que las tareas específicas que desarrolla el personal auxiliar administrativo son las siguientes:

1. Actualización y registro informatizado de pacientes con los datos personales correctos. Atención telefónica y presencial al paciente en el centro de salud.
2. Citación de consultas telefónicas y presenciales con el personal sanitario del centro de salud (médicos, enfermeros, dentista, trabajador social).
3. Gestión y tramitación de la tarjeta sanitaria, pacientes, cambio y asignación de

médico de cabecera, verificación de datos personales y domicilio, alta de extranjeros con derecho a asistencia y renovación periódica del mismo, etc.

4. Citación de consultas especializadas derivadas por el personal médico del centro de salud.

5. Gestión diaria del correo electrónico, fax, notificaciones, avisos o certificados:

- Digitalización electrónica de todo tipo de documentos.
- Archivo físico y electrónico de documentos en sus expedientes correspondientes.

6. Gestión del servicio de ambulancias a pacientes:

- Realizar tareas administrativas como el procesamiento de textos, clasificación de las muestras médicas, adquisición de material de oficina, organización del transporte en ambulancia, reserva de salas de reuniones, organización y almacenaje de los informes médicos, etc.

7. Envío, recepción y archivo de historias clínicas de pacientes.

8. Organización y archivo de los informes del paciente para que están disponibles para el médico, la enfermera, el pediatra, el dentista u otros profesionales de la salud.

9. Apoyo administrativo al equipo sanitario y al paciente en la resolución de incidencias y renovación de recetas electrónica.

Toda persona que acude al centro es recibida y atendida por personal no sanitario, entre ellos, los auxiliares administrativos se sitúan tras el mostrador de atención al paciente del área de administración. En dicha área es donde se le dará la cita para la consulta médica, analítica o trámite administrativo necesario que haya solicitado, así como un sistema de referencias para el siguiente nivel de atención y para las exploraciones con los medios auxiliares diagnósticos.

En caso de precisar atención inmediata será remitida a la consulta correspondiente o al equipo de guardia si lo hubiera o se tomará nota de aviso para atender a domicilio. Dicha área tendrá un registro electrónico con toda la población de la zona, distribuida por el número de historia clínica, edad y DNI, encargándose de mantener actualizado el censo de la población mediante un registro continuo de altas y bajas de pacientes en el centro de salud.

5 Discusión-Conclusión

Con carácter general, el papel del auxiliar administrativo en el centro de salud viene reflejado principalmente en el área de recepción, admisión e información al paciente de todas las actividades con objeto de facilitar la óptima utilización del

servicio de atención primaria. Cabe mencionar que con motivo de la pandemia provocada por el covid, la atención presencial en los centros de salud se ha visto limitada, priorizándose la atención y la consulta médica telefónica.

Por ello, se ha hecho fundamental proporcionar un sistema de comunicación telefónica fluido para la comunicación exterior e interior y recepción de avisos, reforzando el personal administrativo de la atención primaria que atiende telefónicamente al paciente y facilitando el acceso de las personas al centro de salud que no pueden desplazarse hasta allí.

6 Bibliografía

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

Capítulo 523

RIESGOS ERGONÓMICOS ESPECÍFICOS DEL TELEFONISTA EN EL ÁMBITO SANITARIO

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

1 Introducción

El telefonista de la sanidad es un profesional que pasa la mayor parte de su jornada laboral en una sala sentado con ordenador. Trabaja en turnos de mañana, tarde y noche, teniendo una muy escasa variación de tareas.

A pesar de ser considerado un trabajo no peligroso, el telefonista de la sanidad desempeña un puesto laboral en el cual se genera graves riesgos para la salud de los trabajadores. Estos riesgos del trabajo están asociados con: equipos y materiales, posturas prolongadas e inadecuadas, entorno de trabajo, etc.

Por todo ello, el telefonista de la sanidad debe llevar a cabo una correcta ergonomía en su puesto de trabajo, poniendo en marcha estrategias preventivas que ayuden a evitar posibles lesiones, tanto físicas como psicológicas.

La ergonomía se encarga de estudiar y diseñar los equipos e instrumentos que mejor se adaptan al cuerpo humano y a su movimiento. La ergonomía existe desde los inicios del hombre moderno, cuando se comenzó a crear las primeras herramientas para su sobrevivencia.

La importancia de un buen diseño entre los humanos y las herramientas se desarrolló de manera muy temprana en el desarrollo de la especie.

El nivel de estrés va en función del centro de trabajo, sabiendo que la sanidad tiene asociada un elevado nivel de estrés. A todo esto, se le suma más estrés cuando el telefonista en sanidad no puede hacer uso de sus capacidades, posee más carga de trabajo, no tiene claro sobre lo que tiene que hacer y tiene exigencias contradictorias.

2 Objetivos

Conocer los riesgos asociados a nuestro puesto de trabajo de forma específica para intentar paliarlos y evitarlos dentro de la medida de lo posible.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Los aspectos que más insatisfacción generan en los telefonistas, según diferentes estudios, para el desempeño de su trabajo son: la temperatura, la calidad del aire, las corrientes de aire, la ventilación, los reflejos y deslumbramientos en la pantalla, el ruido ambiente, la falta de limpieza del puesto de trabajo, entre otros.

Uno de los riesgos laborales más descrito es el ruido. Los niveles de ruido ambiental hacen que los telefonistas de la sanidad tengan que elevar el nivel de sus audífonos para poder entender de forma adecuada a los usuarios. Muchos telefonistas experimentan molestias en los oídos como zumbidos, pérdida auditiva temporal y dolor. El ruido también implica tener que elevar el volumen de voz, forzando en algunas ocasiones las cuerdas vocales. Por eso, son frecuentes las molestias de garganta, afonías y cambios de la voz.

El riesgo biológico también está presente en el ambiente, sobre todo por el uso de aire acondicionado y por el hecho de que se comparten los audífonos.

Además, son frecuentes las molestias relacionadas con la actividad visual intensa, como dolor de cabeza, irritación y sequedad ocular, fatiga visual y mareos.

Los elementos del puesto de trabajo (sillas, mesas, pantalla, etc.) no siempre están ajustados de manera correcta a las necesidades del trabajador. Unas condiciones no confortables obligan a adoptar posturas forzadas e inadecuadas, dada la escasa movilidad que permite este trabajo.

Por otro lado, la carga de trabajo es otro factor determinante para los riesgos ergonómicos del telefonista en sanidad.

Para muchos telefonistas en la sanidad la experiencia diaria es un trabajo repetitivo, intensivo y muy estresante. El telefonista de la sanidad tiene que interactuar simultáneamente con el paciente y el ordenador. El trabajo con ordenadores exige mucha atención y memoria. Un trabajo con aplicación de capacidad receptiva se considera un trabajo muy exigente tanto física como mentalmente.

Las medidas preventivas para evitar los riesgos ergonómicos en el telefonista de la sanidad, se centran principalmente en un diseño adecuado del lugar de trabajo. El lugar de trabajo no debería situarse en una gran sala donde se agrupen muchos puestos de trabajos, a fin de reducir el nivel de ruido ambiental. El lugar de trabajo debería permitir espacio suficiente para trabajar y moverse cómodamente.

También es necesario un control de la temperatura, humedad y ventilación que se ajuste a las necesidades del telefonista. La iluminación debe ser suficiente y debe evitarse los deslumbramientos de luz, tanto incidente como reflejada.

5 Discusión-Conclusión

Estos riesgos del trabajo están asociados con: equipos y materiales, posturas prolongadas e inadecuadas, entorno de trabajo, etc.

Por todo ello, el telefonista de la sanidad debe llevar a cabo una correcta ergonomía en su puesto de trabajo, poniendo en marcha estrategias preventivas que ayuden a evitar posibles lesiones, tanto físicas como psicológicas.

Aplicar un programa de intervención de ergonomía dentro del colectivo de telefonistas de la sanidad, así como el acondicionamiento del puesto, área de trabajo y organización de tareas, ayudará a la buena comunicación, evitará movimientos innecesarios y repetitivos, reducirá la fatiga física y mental, disminuirá el estrés, minimizará el riesgo de enfermedades profesionales, mejorará la calidad y rendimiento del trabajo y realizarlo con un mayor confort y placer.

6 Bibliografía

- 1- evaluación riesgos puesto trabajo telefonista - <https://www.ilunionfacilityservices.com/sites/facility-services-ilunion.e-fti.com/files/telefonista.pdf>
- 2- riesgos laborales telefonista - https://www.ccoontigosalud.es/archivos/publicaciones-contact-center/Riesgos_TELEMARKETING.pdf
- 3- riesgos de telefonista - <https://prevention-world.com/foros/debate/riesgos-de-telefonista/>

Capítulo 524

TELEFONISTA EN SANIDAD: ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

1 Introducción

En el 2019, con la llegada de la pandemia del COVID, el Sistema Nacional de Salud en España sufrió grandes cambios, sobre todo afectando a los servicios de atención primaria, que se vieron totalmente colapsados.

Con la pandemia, se ha visto la necesidad de implantar cambios en la forma de organización y gestión de la atención primaria, sobre todo en lo que se refiere a la atención telefónica que fue uno de los puntos más dañados por la pandemia. La necesidad de evitar las consultas presenciales para evitar la propagación de la enfermedad hizo que aumentasen las llamadas telefónicas a los centros de salud por parte de los ciudadanos, colapsando las líneas y siendo muy complejo el contacto de estos con los servicios de salud.

La falta de personal y la sobrecarga de trabajo que se acumularon por tanto durante toda la pandemia han hecho que se estudiasen e implantasen nuevos modelos de organización de la atención telefónica.

En las llamadas telefónicas el paciente no tiene ningún contacto visual con nosotros por lo que resulta esencial mostrarnos empáticos y tener una comunicación eficaz que ayude a resolver sus necesidades. Para ello es bueno que los trabajadores desarrollen y estudien sus dotes en cuanto a comunicación se refiere.

2 Objetivos

Conocer cómo mejorar el servicio de atención telefónica en atención primaria como profesionales telefonistas que se encargan de atender las llamadas de los pacientes.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Las nuevas tecnologías de la comunicación han resultado ser una herramienta esencial en nuestras vidas en nuestro día a día. Y éstas se han sumado también al ámbito laboral.

En los sistemas de salud, la atención telefónica resulta una herramienta vital para los ciudadanos, sobre todo para la gestión de citas telefónicas y como se ha visto durante la pandemia también para aliviar la carga de trabajo presencial en los centros de atención primaria.

Muchas citas presenciales son meramente trámites administrativos que pueden resolverse vía telefónica evitando el desplazamiento del paciente hasta el centro de salud y permitiendo a los profesionales de la salud una mejor organización de la agenda, lo que permitiría abarcar una mayor atención y de mayor calidad.

Algunos cambios que se han dado son por ejemplo la instauración de la opción

de rellamada directa al usuario cuando las líneas están colapsadas, recepción de llamadas, call-center, el triaje de las llamadas telefónicas para atender según las necesidades, gestión de citas a través de SMS o de app en el móvil...

En muchas ocasiones los pacientes no acuden a las citas presenciales, generando que se desperdicie tiempo y recursos asistenciales, ampliando así también las listas de espera. Resulta esencial la colaboración ciudadana y también facilitar un canal sencillo para la gestión de citas por parte de los usuarios, donde puedan cancelar la cita si no van a acudir.

El envío de recordatorios ya sea bien por SMS, llamada telefónica, correo postal, etc., puede resultar esencial también para aliviar este problema.

Cabe destacar también que España tiene una de las mayores poblaciones envejecidas, que en ocasiones pueden no controlar estas nuevas tecnologías y puede resultarles complejo la tramitación de citas por esta vía. Por ello sigue siendo importante seguir garantizando una gestión telefónica y presencial fácil y rápida que les permita acceder a la asistencia sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Como vimos con la llegada de la pandemia la atención telefónica en los servicios de atención primaria se vio colapsada, y surgió la necesidad de tomar medidas eficaces que ayudasen a aliviar la situación. Hemos visto algunas de ellas, que podemos llevar a cabo en nuestro día a día como profesionales telefonistas encargados de atender las mismas.

Es importante siempre mantener la calma, educación y empatía con los pacientes, ofreciendo una atención de calidad.

La reprogramación de citas, el uso de SMS, las app en el móvil para la anulación y gestión de citas, la opción de rellamada, etc., son propuestas que parece que han llegado para solucionar algunos de los problemas que han ido surgiendo.

6 Bibliografía

1. <https://www.20minutos.es/noticia/5076936/0/porcentaje-consultas-telefonicas-atencion-primaria-ventajas-incovenientes.amp.html>.
2. <https://www.europapress.es/madrid/noticia-centro-atencion-telefonica-sanitarizada-atencion-primaria-atiende-mas-800000-consultas-nueve-meses-20230123103158.html>.

Capítulo 525

EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ

1 Introducción

La pediatría consiste en la medicina integral del periodo evolutivo, desde la concepción hasta el final de la adolescencia. Se caracteriza por el crecimiento, maduración, desarrollo biológico, fisiológico y social del paciente, que está relacionado con el medio ambiente y lo que ha heredado el niño o adolescente. La pediatría se puede clasificar a su vez en preventiva, evolutiva, clínica y social. Existen ciertas características propias de la pediatría como:

- Semiología específica: varía con la edad.
- Terapéutica especializada: los fármacos dependen de la edad y el tamaño del paciente.
- Subespecialización clínica: según los campos de medicina interna.
- Programas específicos de profilaxis.

La infancia puede dividirse en distintos periodos:

- Periodo neonatal: los primeros 28 días de vida, que pueden dividirse a la vez en precoz (primera semana) y tardío (hasta la cuarta semana)
- Periodo lactante: desde el segundo mes de vida al final del primer año.
- Preescolar: de los dos a los seis años.

- Escolar: desde los seis a los doce años.
- Pubertad: desde los doce a los catorce años.
- Adolescencia: de los catorce a los dieciocho.

El apoyo brindado por el auxiliar administrativo a los médicos en el entorno de pediatría es esencial para garantizar una atención médica eficiente y de calidad. Algunas de las formas en las que el auxiliar administrativo puede respaldar a los médicos incluyen preparación de documentación, preparación de citas, gestión de expedientes y comunicación con las familias.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que lleva a cabo el auxiliar administrativo en el entorno de pediatría.

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 auxiliar administrativo en el entorno de pediatría realiza una serie de funciones esenciales que contribuyen al funcionamiento fluido de la unidad y a la atención adecuada de los pacientes pediátricos.

Algunas de las funciones que desempeña incluyen:

- Gestión de citas: Programar y coordinar citas médicas para los pacientes pediátricos, asegurando una distribución adecuada del tiempo y evitando demoras innecesarias.
- Recepción y atención al público: Dar la bienvenida a los pacientes y sus familias, brindar información sobre los procedimientos y requisitos, y responder a preguntas generales.

- Registro de pacientes: Recolectar y registrar la información demográfica y médica de los pacientes, así como mantener actualizados los expedientes médicos y de antecedentes.
- Manejo de expedientes: Organizar y mantener los expedientes médicos, asegurando que estén completos, ordenados y accesibles para el personal médico autorizado.
- Facturación y cobros: Ayudar en la facturación de los servicios médicos prestados a los pacientes, así como en la cobertura de seguros y el procesamiento de pagos.
- Comunicación: Facilitar la comunicación entre el personal médico, los pacientes y sus familias, asegurando que los mensajes sean entregados de manera adecuada y oportuna.
- Coordinación de recursos: Colaborar con otros departamentos para asegurarse de que los recursos necesarios, como las salas de examen y los equipos médicos, estén disponibles y en condiciones óptimas.
- Apoyo a los médicos: Asistir a los médicos y personal médico en tareas administrativas, como preparar informes, documentar resultados y completar formularios.
- Atención telefónica: Atender llamadas telefónicas y proporcionar información a los pacientes y sus familias sobre los procedimientos, resultados de exámenes y otros aspectos médicos.
- Mantenimiento de suministros: Garantizar que los suministros de oficina y materiales necesarios para el funcionamiento de la unidad estén disponibles y ordenados.
- Confidencialidad: Mantener la confidencialidad de la información médica y personal de los pacientes, siguiendo las normas de privacidad y seguridad.
- Apoyo a la administración: Colaborar con tareas administrativas generales, como archivar, hacer copias y mantener registros financieros.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en el entorno de pediatría es de suma importancia para el funcionamiento eficiente y la calidad de la atención en las unidades de salud que atienden a niños y adolescentes. A través de sus diversas funciones, el auxiliar administrativo contribuye significativamente al proceso de atención médica, aliviando la carga de trabajo administrativo de los profesionales de la salud y permitiéndoles concentrarse en la atención directa a los pacientes.

La gestión de citas, la preparación y organización de expedientes médicos, la comunicación con pacientes y familias, y la coordinación interdepartamental son solo algunas de las áreas en las que el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental. Su capacidad para mantener registros precisos, garantizar un flujo de trabajo eficiente y proporcionar apoyo a médicos y pacientes es esencial para mantener una unidad de pediatría efectiva y de alta calidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 526

EFECTOS DE LA NOCTURNIDAD EN LA SALUD DE PROFESIONALES SANITARIOS

M^a FERNANDA LÓPEZ MARTINEZ

1 Introducción

En el medio laboral por las diferentes condiciones de trabajo, los profesionales sanitarios interactúan positiva o negativamente en su trabajo.

Estas condiciones de trabajo se podrán convertir en un "instrumento" ya sea de salud o enfermedad para el profesional sanitario (es una relación directa de trabajo el lugar donde se trabaja y la salud).

Organizando el conjunto de variables que se dan al realizar el trabajo, por ejemplo que haya buen ambiente, buen entendimiento, (buen equipo), así evitar condiciones inadecuadas que se transforman en accidentes de trabajo, absentismo laboral, enfermedades profesionales, mal ambiente de trabajo, mala organización, baja productividad de trabajo y por tanto deterioro en Calidad de vida del profesional con riesgo a desarrollar enfermedades de tipo crónico (cada vez afecta más), desde psicológico, biológico y social.

El Trabajo de nocturnidad implica ir a contra-reloj, biológico, es decir; estar despierto durante la noche, hace que el reloj biológico endógeno del sueño/vigilia se descompensa, se fuerza el sueño y la vigilia en función del ritmo circadiano impropio, mala adaptación, alteraciones hormonales, trastornos en alimentación (digestivos), fatiga, estrés crónico, bajas defensas, cansancio emocional y corporal, se reduce la memoria y la concentración.

Sumado a lo anterior, la responsabilidad que conlleva el trabajo, se hace muy difícil y es por eso que los profesionales sanitarios reclaman mejoras en las condiciones de trabajo de nocturnidad.

2 Objetivos

Exponer los efectos de la nocturnidad en la salud de profesionales sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Estudios realizados al personal en turnos nocturnos, han demostrado, ser generadores de estrés, esto hace que para mantenerse despiertos se induce a consumo de sustancias adictas como: café, tabaco..., además de tener que trabajar en épocas de descanso habitual para el resto (fiesta con amigos, fines de semana,...), todas estas circunstancias que actuando de forma conjunta, pueden crear fuerte desarraigo familiar, social y cultural (toda relación con el entorno se va deteriorando). Resulta difícil combinar horario de trabajo, con horarios de familia, conduciendo a problemas de irritabilidad, trastornos psíquicos, crisis conyugales, trastornos de sueño, de carácter, emocional y cansancio.

En el estudio se pudo demostrar y verificar que la prevalencia de estrés en los profesionales sanitarios resultó del 73 %, del grupo con doble jornada estaban estresados frente al 57 % que no tenían dicha condición laboral.

Dado que el estrés es una enfermedad que afecta de forma progresiva y paulatina con: ansiedad, fatiga, frustración, depresión, nerviosismo, frustración, poco rendimiento en el trabajo.

Bajo este panorama, cabe destacar que está demostrado que trabajadores del SAMU y emergencias, poseen tendencia a desarrollar estrés ya que son trabajos que demandan mucha tensión, tal como la unidad de cuidados intensivos (UCI) en turnos nocturnos.

Destacar que se hace necesario, medidas de prevención que minimicen las condiciones patológicas que puedan surgir, producto de la turnicidad laboral.

Se hacen necesarias Estrategias Terapéuticas, han de ser orientadas a organizar el trabajo, autonomía en la toma de decisiones de cada persona, en lo relativo a conciliación familiar y social, sobre todo desde la vigilancia de la salud.

Propuestas para rotación de turnos que faciliten descanso nocturno (que respeten los ciclos de sueño) y descanso.

Impulsar, fomentar y participar los trabajadores en la toma de decisiones en cuanto a la los turnos rotatorios y conformar equipos de trabajo, convirtiéndose en una opción personal más que una imposición , facilitando así la reflexión personal y adaptarse de forma integral.

5 Discusión-Conclusión

Es relevante señalar que una adecuada organización laboral, es clave dentro de las estrategias que contribuyan a mitigar el impacto del trabajo nocturno para profesionales sanitarios.

La turnicidad laboral, genera importantes cambios en rangos normales de presión arterial, frecuencia cardiaca, alteraciones gastrointestinales, añadidas a las implicaciones de tipo social y familiar (afecciones de tipo emocional).

Para evaluar sobre el impacto de la nocturnidad en los profesionales sanitarios es responsabilidad de las Organizaciones de la Salud, las cuales procuran el bienestar de los trabajadores que se responsabilizan por brindar atención sanitaria de Calidad en diferentes niveles de atención pública y para las personas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 527

EL CELADOR Y LA PROTECCIÓN DE DATOS EN LA SANIDAD

VICTOR GARCIA GARCIA

1 Introducción

Los datos personales relacionados con la salud se consideran datos sensibles y están especialmente protegidos. profesionales médicos, incluidos los profesionales de la salud, gestionan información y datos en nuestras operaciones diarias y gestionan para que tanto los pacientes como otros usuarios accedan a los servicios del servicio médico.

Para participar en varios estudios de salud humana, es muy importante completar el consentimiento informado redactado e informar a los pacientes sobre estas pruebas y estudios.

Según su historial médico, la Ley de Protección de Datos (sustentado en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de de protección de datos de carácter personal), esta ley se desarrolla en el artículo 18 de la Constitución Española de 1978. Privacidad familiar. Quedan fuera de esta normativa aquellos datos agrupados para uso doméstico, en la cual se garantiza la privacidad del paciente de los diferentes estudios realizados. Se les dará una hoja informativa explicándoles detalladamente las pruebas a las que van a ser sometidos, habrá una reseña en la cual, explicarán que las pruebas no tendrán carácter negativo para el paciente.

El Reglamento General de Protección de Datos (GDPR) explica que este principio requiere que el controlador tome las medidas organizativas y técnicas adecuadas para garantizar que el proceso cumpla con las normativas y lo demuestre.

En la práctica, este principio requiere que analice los datos que procesa su organización, el propósito para el que se realiza y el tipo de actividad de procesamiento

que realiza. Con base en este conocimiento, trabajan con el ENS (Programa de Seguridad Nacional) para definir claramente cómo aplicar las medidas previstas RGPD y asegurarse de que estas medidas son las adecuadas para el cumplimiento. En resumen, este principio requiere una actitud dedicada, diligente y positiva hacia todo el procesamiento de datos personales realizado por una organización.

2 Objetivos

Indicar la importancia de la protección de datos en un entorno hospitalario, recordando una serie de pasos para que el personal médico procese los datos correctamente.

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

El secreto profesional es una obligación prioritaria para los empleados que tienen acceso a los datos del paciente incluso después de la finalización de la relación:

- El centro médico debe tomar medidas para proteger los secretos.
- Cada paciente tiene derecho a constatar los medicamentos y las alergias a ellos en su historial médico anterior, registrado en el historial médico, en todos los estudios y procedimientos diferentes. Se recopilarán datos apropiados y presentados de manera objetiva para completar el historial médico.
- Los datos autorizados del personal no deben utilizarse indebidamente con personal no autorizado ni debatirse sobre los datos personales de los pacientes.

Para asegurar y proteger la privacidad de los pacientes, es importante seguir la declaración de la Agencia para la protección de datos de los sanitarios y celadores de España.

1. Tratar los datos del paciente con respeto a la privacidad y confidencialidad individual.
2. Acceso al historial del paciente solo cuando sea preciso.

3. Acceso a documentos clínicos almacenados en el sistema.
4. Evitar proporcionar información a terceros sin el consentimiento o autorización del paciente.
5. Asegurarse de cerrar la sesión antes del final de la jornada laboral para evitar que empleados no autorizados accedan a su información.
6. No enviar los datos personales del paciente por correo u otro medio informático sin cifrar.
7. No arrojar los documentos de los pacientes a la basura.
8. Una vez que la historia clínica del paciente esté completa, guardarla en un armario adecuado y asegurarse de que el armario esté cerrado.
9. No dejar registros médicos en ningún lugar sin la supervisión de un personal médico autorizado.

Todos los pacientes tienen derecho a archivar los datos con la mayor precisión posible. Para recopilar información sobre la salud del paciente, el paciente debe dar su consentimiento y firmar el consentimiento por adelantado.

Si un paciente no desea permitir un tratamiento particular para sus datos, puede cambiar de opinión y permitirlo en cualquier momento. De lo contrario, si firma el consentimiento, puede limitar, modificar y revocar el consentimiento otorgado.

5 Discusión-Conclusión

En el curso de su trabajo, los profesionales sanitarios reciben y gestionan continuamente información de usuarios o pacientes.

La Ley Básica de Protección de Datos trata los datos personales relacionados con la salud como sensibles, en particular los datos protegidos.

Todos los documentos relacionados con el historial médico de cada paciente se registran en base de datos y ficheros, así como la identificación del médico y demás profesionales sanitarios que intervinieron en el mismo.

El historial y/o informe es un conocimiento verdaderamente actualizado de la salud del paciente, por lo que es de vital importancia al inicio de evaluación o de cualquier tratamiento, buscar información sobre su salud.

Las historias clínicas son muy eficaces, y hay que tener una gran responsabilidad a la hora de manipularlos, La divulgación de los datos del paciente o cualquier tipo de información del mismo podrían dar lugar a tener grandes problemas ante la ley.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/>
2. <https://clickdatos.es>
3. <https://es.wikipedia.org/wiki/Wikipedia>

Capítulo 528

EL CELADOR EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

VICTOR GARCIA GARCIA

1 Introducción

Dentro de un hospital y debido a sus peculiares características se realizan a diario multitud de traslados entre las diversas unidades y el celador del hospital interviene en la gran mayoría de ellas. En este capítulo veremos las distintas formas de traslados y la mejor manera de proceder a todos ellos. También deberá tener en cuenta que cuando el paciente sea trasladado en cama eléctrica, esta deberá estar con las barandillas de seguridad subidas para evitar posibles caídas y desenchufada. Siempre estaremos atentos a movimientos y malas posiciones del paciente, ya que en el momento del traslado el celador es el encargado de su bienestar.

El celador deberá dar las oportunas explicaciones de cómo se va a realizar el traslado y a qué servicio va acudir el paciente, siempre en un lenguaje claro y comprensible y en su defecto se informará a la familia.

En el caso de que se trate de un paciente crítico, el traslado siempre se llevará a cabo por el médico que lleve al paciente, una enfermera que pueda vigilar las constantes vitales y por supuesto el celador que es el encargado de que este transporte llegue al servicio donde se le realizarán los cuidados adecuados.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en los traslados intrahospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Hay muchos factores diferenciadores de los traslados dependiendo de si son en urgencias, en planta o en consultas internas o externas, si son para pruebas diagnósticas, traslado entre diversas unidades, gravedad edad y consciencia del paciente, si lleva oxígeno, sueros, drenajes, si es en silla cama o camilla, etc., traslado por pasillos con gente y variaciones de temperatura, por lo que atendiendo a los datos que disponemos intentaremos saber la forma de actuar en cada momento y con cada paciente.

Siguiendo estos pasos lograremos determinar con exactitud el papel del celador en los traslados atendiendo a los múltiples factores que intervienen en dicho traslado como pueden ser gravedad del paciente y grado de consciencia, la edad, que el paciente esté en silla camilla o cama, los aparatos necesarios para el traslado como balas de oxígeno, bombas de perfusión, sueros, drenajes, etc. O la necesidad de paciente acompañado (acompañados por enfermeras o médicos dependiendo de su gravedad, de sus padres en caso de menores, etc.).

Normas básicas del celador:

- Preparar al paciente para su traslado vistiéndole según sus necesidades.
- Comunicar motivo del traslado al área receptora y el procedimiento a realizar.
- Instruir al paciente sobre la posición correcta durante el traslado.
- Comprobar la identidad del paciente debiendo llevar este su pulsera identificativa.
- Llevar historial clínico y/o documentación de pruebas.
- Necesidad de acompañamiento (enfermera, padres en caso de menores, tutor legal etc.).
- Recoger los enseres del paciente (en traslados de unidad).
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Llevar el equipo necesario (oxígeno, bomba perfusión, sueros, medicación etc.).
- Reducir los aparatos no necesarios.
- Planificar y verificar las vías e itinerarios del traslado.

- Necesidad de manta, sábana o entremetida (paciente tenga frio, entremetida para traslado durante pruebas, etc.).

5 Discusión-Conclusión

Como vemos el celador tiene gran importancia en estos traslados e interviene directamente en ellos por lo que debe saber cómo actuar en todos y cada uno de los momentos, sabiendo las maneras de actuar en cada caso hará que el traslado dentro del hospital de los pacientes resulte lo menos molesto y lo mas cómodo posible para ellos.

Con el fin de prestar el mejor servicio el celador tiene que estar siempre dispuesto, para hacer lo más cómodo y seguro el traslado al paciente hospitalizado.

El celador tendrá siempre una guía actualizada de como tratar a los diferentes pacientes.

6 Bibliografía

1. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario “Reina Sofia”. Córdoba.
2. enfermeriaencardiologia.com.
3. manualclinico.hospitaluvrocio.es.

Capítulo 529

RIESGOS PSICOSOCIALES SOBRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ

RAQUEL MAROTO SEVILLA

REBECA CORREDERA MARTÍN

JULIA MARIA MORENO PECO

JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN

1 Introducción

Cuando hablamos de riesgos psicosociales se debe realizar un análisis de las deficiencias en la estructura y gestión del modo en que se realiza el trabajo junto a esto se debe tener en cuenta el medio social en que se desarrolla el trabajo, y la presión que provoca el desarrollo de las funciones laborales de los profesionales como es el caso de los auxiliares administrativos de la sanidad.

Algunos ejemplos de condiciones de trabajo que entrañan riesgos psicosociales son:

- Trabajo excesivo con menos personal y más carga.
- Falta de especificación de las funciones que generan conflictos.

- El trabajador no participa en las decisiones que se toman sobre sus funciones.
- Cambios de organización que son deficientes.
- Percepción de inseguridad laboral.
- Falta de apoyo y ayuda entre los miembros de un equipo.
- Comunicación ineficaz.

En muchas ocasiones puede llegar a confundirse la consecución de objetivos y tareas laborales con los riesgos psicosociales por ello se debe favorecer un entorno laboral que permita un buen rendimiento por lo que hay que promover un estado mental y físico favorable para el trabajador.

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de riesgos laborales menciona adaptación del trabajo a la persona teniendo en cuenta sus características físicas y psíquicas para reducir los efectos del mismo sobre la salud. También señala que la organización y ordenación del trabajo son potenciales factores de riesgo para la salud de los trabajadores.

2 Objetivos

Describir los principales riesgos psicosociales sobre la salud del auxiliar administrativo que trabaja en el mundo 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

Los auxiliares administrativos del mundo de la salud sienten que existen riesgos psicosociales cuando las exigencias de su trabajo son mayores que su capacidad para hacerles frente. Además de los problemas de salud mental, los auxiliares

administrativos de los centros sanitarios sometidos a periodos de estrés prolongados pueden desarrollar problemas graves de salud física, como enfermedades cardiovasculares o problemas musculoesqueléticos.

Para los servicios de salud, los efectos negativos se traducen en un mal rendimiento global, aumento del absentismo, presentismo son los auxiliares administrativos que acuden al trabajo, pero son incapaces de rendir con eficacia y unos mayores índices de accidentes y lesiones.

Las bajas tienden a ser más prolongadas que las derivadas de otras causas, y el estrés relacionado con el trabajo puede contribuir a un aumento de los índices de jubilación anticipada. Los costes que acarrea a la sanidad y a la sociedad son cuantiosos y se han estimado en miles de millones de euros a nivel nacional. De esta forma se provoca que la atención que prestamos a los usuarios del sistema sanitario vaya perdiendo calidad.

El hecho de permanecer de forma continuada a riesgos psicosociales muestra los siguientes efectos en el auxiliar administrativo:

1. Psicológico: Es la aparición de estrés, como consecuencia del trabajo a realizar por parte del auxiliar administrativo y la capacidad para realizarlo. El estrés continuado diariamente dará lugar a la aparición de ansiedad, que pueden derivar en el “síndrome de estar quemado en el trabajo”.
2. Físicos. Una exposición permanente a factores de riesgo psicosociales y laborales podrá conllevar enfermedades a nivel de salud física en la mayoría de los casos vamos a hablar de problemas musculoesqueléticos y digestivos.

Dentro de la sanidad es de vital importancia dar prioridad a los riesgos psicosociales que pueda sufrir el auxiliar administrativo para poder aplicar las medidas oportunas de descansos, cursos formativos que le doten de herramientas para paliar estos riesgos.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, estos riesgos psicosociales que sufre el auxiliar administrativo suele afectar a su vida laboral ya que no rinde, se da de baja y a su entorno más cercano como es el familiar o social ya que surge una tendencia a la depresión y al aislamiento social que hacen que pierda relaciones sociales y aparezcan problemas familiares porque dejan de asumirse responsabilidades.

En el mundo sanitario todos debemos estar muy bien coordinados porque somos una cadena, si el auxiliar administrativo decae debido a factores psicosociales como por ejemplo el estrés, esto repercutirá en el desarrollo o funcionamiento del área en la cual se encuentre trabajando pues la fluidez, la coordinación y la ejecución del conjunto de actuaciones también decaerá.

6 Bibliografía

1. <https://osha.europa.eu/es/themes/psychosocial-risks-and-stress#:text=Los%20riesgos%20psicosociales%20se%20derivan,el%20agotamiento%20o%20la%20depresi%C3%B3n>.
2. <https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-psicosociales>.
3. <https://revistamedica.com/riesgos-psicosociales-personal-auxiliar-administrativo/#:text=Los%20trabajos%20del%20%C3%A1mbito%20sanitario,el%20desgaste%20profesional%20o%20burnout>.

Capítulo 530

LOS EQUIPOS DE TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ

RAQUEL MAROTO SEVILLA

REBECA CORREDERA MARTÍN

JULIA MARIA MORENO PECO

JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN

1 Introducción

Los equipos de trabajo de los auxiliares administrativos se podrían definir como el conjunto herramientas que facilitan los procesos y acciones destinados a obtener objetivos de trabajo. Estos equipos pueden encuadrarse dentro de los departamentos administrativos de servicio de sanidad.

Dentro del trabajo en equipo es necesaria la implantación de técnicas, recursos y estrategias que hagan que los equipos de trabajo funcionen con orden, objetivos claros y con todo lo necesario para que puedan realizar con éxito las competencias asignadas dentro de su trabajo. Asimismo, procurará que cada vez sean más eficientes, que trabajen con motivación y que estén comprometidos con su proyecto sanitario.

El hecho de trabajar en equipo no siempre es posible porque existen muchas profesiones que no lo permiten y cada profesional tiene actividades diferentes,

pero en el mundo de la sanidad esto se puede realizar porque el trabajo en equipo va a permitir que podamos dar una atención integral y de calidad a los usuarios del sistema.

El trabajo en equipo no siempre es posible pues existen muchas funciones para el trabajo de auxiliar administrativo en los que cada persona tiene una actividad diferente a la otra, pero esto no tiene por qué repercutir en que los auxiliares administrativos sean un gran equipo.

2 Objetivos

Describir las principales habilidades y características a tener en cuenta por los auxiliares administrativos para favorecer el trabajo en equipo.

3 Metodología

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

4 Resultados

La empatía, la ayuda, es una de las tantas cualidades que favorecen el trabajo en equipo aun como se ha nombrado antes cada persona realice un trabajo diferente. La palabra empatía es la clave para poder poner a funcionar un equipo de trabajo que quiere decir esa palabra podemos diferenciar dos tipos de empatía el que saber lo que sienten los otros y otro tipo puede ser el sentir lo que sienten otros.

Los auxiliares administrativos de la sanidad deben considerar una serie de habilidades y características para trabajar en equipo:

- Capacidad para integrarse con otros profesionales con diferentes ideas y funciones, pero con un mismo fin.
- El equipo de auxiliares administrativos y otros profesionales sanitarios deben plantear una serie de objetivos comunes.

- Marcar los límites que debemos tener para evitar intrusismo laboral.
- Evitar el conflicto, pero cuando surja utilizarlo como una herramienta que va a hacer crecer el equipo por ello debemos comprender al otro.
- Capacidad para compartir los recursos que se tienen a su alcance.
- Favorecer la comunicación entre todos los miembros del equipo.
- Tener definidas nuestras funciones dentro del equipo ya que facilita el trabajo hacia el fin que tiene marcado.
- Reconocer a un líder o supervisor que se encarga de pautar y coordinar al equipo. Debe ser reconocido como tal por todos los miembros incluidos los auxiliares administrativos.
- El auxiliar administrativo debe poseer una serie de habilidades como la empatía de la que hemos hablamos más arriba, confianza y capacidad de relaciones humanas.
- Poseer un horario marcado para tener claros los descansos que facilitan el funcionamiento del equipo.
- Generar elementos por nuestra parte que conlleven a una sinergia que permite trabajar en conjunto.
- Desarrollar habilidades de comunicación, negociación y persuasión.
- Poseer capacidad de creatividad para desarrollar la capacidad de adaptación.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el auxiliar administrativo debe luchar para desarrollar un trabajo en equipo que va a permitir que todas las actividades y tareas propias de nuestra profesión en la sanidad se realicen de forma adecuada con la consecución de objetivos marcados por los servicios sanitarios de las comunidades autónomas.

Debemos generar habilidades primordiales como la empatía para lograr el buen funcionamiento del equipo de trabajo multidisciplinarios que ofrecen un servicio a los usuarios.

En nuestra conclusión deberíamos repetir las palabras clave para que el auxiliar

administrativo dentro de un equipo de trabajo deba llevarlas como oro en paño para que todo funcione correctamente.

6 Bibliografía

1. Los nuevos círculos del aprendizaje, La cooperación en el aula y en la escuela. Jonson, Johnson y Holubec (1999).
2. Muñoz García, C et al. (2011) Habilidades Sociales. Madrid: Paraninfo.
3. <https://congresosicepa.com/habilidades-trabajo-equipo/>.

Capítulo 531

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA DIGITALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ

RAQUEL MAROTO SEVILLA

REBECA CORREDERA MARTÍN

JULIA MARIA MORENO PECO

JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN

1 Introducción

Todas las áreas de nuestra sociedad están viviendo una transformación digital y se están adaptando a diferentes ritmos a una nueva realidad. El área de la sanidad no es una excepción, los avances que se están produciendo están ralentizados porque la sanidad es un gran monstruo que avanza lentamente hacia la modernización digital.

Se van implementando mejoras de manera aislada en distintas áreas como puede ser la concertación de citas o la sección financiera, al hacerlo de manera independiente y sin ser global, quedan muchos espacios a la hora de incluir todas las funcionalidades.

El hecho de poder optimizar los procesos de la gestión clínica pasa a ser una necesidad. La transformación digital implica un cambio de mentalidad cuando se ofrece una atención al paciente. La gestión custodia y acopio de los datos incluidos en la historia clínica electrónica son muy importantes para que prestar una atención centrada en el paciente.

El objetivo de la digitalización de la historia clínica de los pacientes de los servicios de salud es ayudar a los ciudadanos y a los profesionales sanitarios y no sanitarios como es el auxiliar administrativo al acceso de la documentación clínica necesaria para la adecuada atención sanitaria al paciente desde cualquier punto del territorio nacional, aunque aún queda mucho que avanzar para que esto sea una realidad efectiva.

Los auxiliares administrativos se han visto avocados a ser herramientas de este proceso de digitalización.

2 Objetivos

Dar a conocer la utilidad y la importancia de la digitalización de las historias clínicas como auxiliares administrativos.

Mostrar la labor de los auxiliares administrativos en las historias digitalizadas.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Con la digitalización de las historias clínicas con medios electrónicos, los auxiliares administrativos han realizado un importante esfuerzo para ofrecer a todos los profesionales de la sanidad el acceso a la misma dentro de sus funcionalidades.

El proceso de digitalización de las historias clínicas del auxiliar administrativos aporta una serie de ventajas tanto a la gestión del centro como a la atención del

paciente.

Entre dichas ventajas hemos permitido:

- Un uso compartido de la información, varias personas pueden consultarlo al mismo tiempo.
- Rentabiliza el espacio físico, ya que cada día existe un mayor problema con el espacio para el archivo.
- Reduce el tiempo de espera en la consulta y evita errores a la hora de archivar la documentación.
- Agiliza el acceso a la historia clínica desde cualquier lugar.
- Se garantiza su conservación en un formato correcto.
- Protege y mantiene la confidencialidad e intimidad del usuario.
- Impide la manipulación de datos.
- Se ahorran gastos de imprenta y se protege el medio ambiente al emitir menos papel.

La cantidad de procesos asistenciales que se realizan en los centros sanitarios de la red nacional reciben el apoyo para su gestión de los auxiliares administrativos que van a permitir y lograr que la historia clínica sea administrada de forma correcta con su digitalización como hemos mencionado anteriormente.

Los auxiliares administrativos van a realizar una información recogida en este documento debe ser veraz y estar debidamente actualizada en todo momento, con el fin de lograr un documento único, integrado y acumulativo de cada individuo que accede al sistema de salud.

La estructura que le han dado los auxiliares administrativos a dicha historia debe permitir que se llevan a cabo las funciones de docencia, investigación, asistencia, administración y de legalidad tanto para los profesionales de la sanidad que acceden a ella para hacerla un documento vivo y que los usuarios pueden solicitar una copia de la misma a lo largo de su vida.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el proceso de digitalización mundial ha permitido que la sanidad se digitalice y lo haga en su documento primordial que utiliza como herramienta donde queda plasmado el trabajo que realiza en la historia clínica.

Este proceso se ha hecho tangible y real, gracias al trabajo que han desarrollado los auxiliares administrativos siguiendo la normativa para digitalizar las historias clínicas que permiten respetar la intimidad de los pacientes.

Por último, los usuarios del sistema demandan el acceso desde la digitalización ya que poseen cualidades y medios para ello lo que ha obligado a que los auxiliares administrativos gestionen digitalmente no sólo las historias clínicas sino las citas y otro tipo de documentos que se ofrecen a los usuarios.

6 Bibliografía

1. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6297205.pdf>.
2. <https://revistamedica.com/gestion-historias-clinicas/>.
3. https://www.iustel.com/diario_del_derecho/noticia.asp?ref_iustel=1183148.

Capítulo 532

LA ERGOFOBIA: EL MIEDO AL TRABAJO

BLANCA NIEVES FUNCASTA CANCELO

SERGIO GÓMEZ MENENDEZ

PABLO GARCIA REQUEJO

NEREA GÓMEZ MENENDEZ

JUAN MANUEL GARCÍA CIENFUEGOS

1 Introducción

La ergofobia es un término que parece nuevo en nuestro vocabulario, pero cada día es más común en nuestras conversaciones, es un término que no está recogido por el Diccionario de la Lengua Española.

Consta de la unión de dos palabras griegas que son “ergos” que se traduce por “trabajo” y “phobos” que significa “miedo”, por tanto, tenemos la expresión “Miedo al trabajo”.

La ergofobia hace que la persona que lo padece cada día a la hora de ir a trabajar sufra del trastorno de ansiedad y ésta se puede manifestar de diferentes maneras tanto físicas como puede ser un exceso de sudoración, mareos, sicológicos que pueden degenerar en ataques de pánico. Este estado no sabe bien la persona que lo padece cuando empezó, pero no es el miedo que se puede sentir al volver de unas vacaciones o descanso.

Las personas que sufren esta patología en un gran porcentaje son conscientes de ella y no saben que si se pide ayuda a un profesional como puede ser su médico de atención primaria les puede remitir a un psicólogo en primer lugar que les puede ayudar a reconducir su estado y si esto no fuera suficiente se les puede derivar a los psiquiatras para que les ayude con medicación.

2 Objetivos

Dar a conocer la ergofobia o fobia al trabajo.

3 Metodología

La metodología se estructura en una revisión de la literatura delimitada al tema expuesto. Se lleva a cabo una búsqueda sistemática en diferentes buscadores o bases de datos como Google Académico, Scielo o Dialnet y en artículos se hace según los suscriptores con palabras ergofobia”, “riesgos sicosociales”, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La ergofobia como ya hemos comentado es un término nuevo que define un estado de ansiedad y sufrimiento por parte de las personas que la padecen y que desde que el ser humano tiene que realizar un trabajo está ahí, es decir, le pusimos nombre a ese estado de padecimiento.

Las causas del origen de esta fobia no están muy claras puede ser por una experiencia negativa tanto en el desempeño de su trabajo como de su relación con los compañeros y jefes como por ejemplo un caso de acoso laboral.

Los síntomas son parecidos a los demás trastornos de origen fóbicos y podemos nombrar los más comunes:

Aumento de la frecuencia cardíaca, Sensación de ahogo, Sudoración excesiva, Boca seca, Ataques de pánico, Malestar estomacal y dolor de cabeza, Tensión muscular, Angustia y Conductas evitativas.

Estos síntomas son tanto físicos, síquicos y conductuales.

La ergofobia en casi todos los casos, acudir al puesto de trabajo se convierte en una pesadilla debido a la ansiedad que nos genera. Superar la ergofobia es, entonces, imprescindible para recuperar el bienestar físico y mental ya que esto

conlleva consecuencias nefastas en todos los ámbitos de nuestra vida. La ergofobia no se sabe en que momento aparece en el individuo que la padece ya que poco a poco se va adueñando de su vida hasta que ya no sabe que puede hacer con ella.

Para superar este trastorno debemos de confiar en un psicólogo que nos dará pautas como pueden ser las siguientes:

Aprender a mejorar nuestra autoestima y así tendremos más seguridad en el desarrollo de nuestro trabajo y nuestra relación tanto con los compañeros como con nuestros superiores

La ansiedad podemos tratar de vencerla tratando de dejar atrás los pensamientos rígidos y exigentes sobre uno.

También son importantes las terapias cognitivo-conductuales llevadas a cabo por parte de los profesionales

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que esta afección viene dada por las exigencias de tareas que son competencia de otro departamento en nuestro trabajo y esto provoca ansiedad por no tener el conocimiento que no entra dentro de nuestra formación académica y experiencia. Y seguramente la empresa tampoco la ha formado para ello y hay empieza la patología. Al final, percibe que se tienen unas expectativas muy altas sobre nosotros, a las que ve que no llega y sufre la incertidumbre de si seguirán manteniendo su puesto.

Ser conscientes de que se tiene un problema mental y ponerse en manos de un especialista, psicólogo, es muy importante para tratar de superar la fobia y volver a ser la persona que siempre se fue.

6 Bibliografía

La Mente Maravillosa (www.lamentemaravillosa.es)

www.wikipedia.org

www.abc.es/bienestar/psicologia

www.empresas.infoempleo.com

www.dle.rae.es

Capítulo 533

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA

JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ

GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ

PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

TABITA TULAC NECHITA

FRANCISCA CARCELEN APARICIO

1 Introducción

La Unidad de Oncología es un entorno médico crucial donde se brinda atención especializada a pacientes que luchan contra el cáncer. La complejidad de los tratamientos y la necesidad de apoyo emocional hacen que la labor en esta unidad sea especialmente significativa. En este contexto, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) adquiere una importancia excepcional para el bienestar y la comodidad de los pacientes oncológicos.

A lo largo de esta serie de respuestas, exploraremos en detalle cómo los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel fundamental en la Unidad de Oncología. Desde brindar atención directa a los pacientes durante

procedimientos y terapias hasta proporcionar apoyo emocional y contribuir a la creación de un ambiente compasivo, su presencia es esencial para garantizar que los pacientes enfrenten sus desafíos médicos con dignidad y cuidado personalizado.

Dado que la atención en la Unidad de Oncología a menudo implica procedimientos médicos y terapias específicas, además del apoyo emocional requerido por los pacientes en su lucha contra el cáncer, la proporción de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería que se necesitan en esta unidad puede ser significativa para brindar la atención integral y personalizada necesaria.

Es por ello que, el número técnicos en una Unidad de Oncología puede variar según varios factores, como el tamaño del hospital, la cantidad de pacientes atendidos, la complejidad de los tratamientos y las regulaciones locales.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la Unidad de oncología
- Estructura de trabajadores sanitarios en la unidad de oncología

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 Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en esta unidad abarcan desde el cuidado directo a los pacientes hasta el apoyo emocional y la colaboración con el equipo médico. Aquí están algunas de las funciones clave:

- Cuidado Personal y Asistencia Directa: ayudan en la higiene personal, el cambio de ropa de cama, el aseo y la movilización de los pacientes oncológicos. Brindan atención que promueve la comodidad y el bienestar de los pacientes.

- **Administración de Medicamentos:** Bajo la supervisión de enfermeras o médicos, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería pueden administrar medicamentos orales y tópicos según las instrucciones establecidas.
- **Monitorización de Signos Vitales:** los técnicos pueden tomar y registrar signos vitales, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la temperatura de los pacientes, lo que es importante para el seguimiento de su estado de salud.
- **Preparación para Procedimientos:** ayudan en la preparación de los pacientes para procedimientos médicos y terapias, brindando apoyo emocional y asegurándose de que estén cómodos y preparados.
- **Colaboración en Procedimientos Médicos:** asisten a enfermeras y médicos durante procedimientos como la colocación de catéteres venosos, la toma de muestras de sangre y otros procedimientos necesarios.
- **Ayuda en Terapias:** Asisten en la administración de tratamientos de quimioterapia, radioterapia u otras terapias, garantizando que los pacientes reciban los tratamientos de manera segura y cómoda.
- **Observación y Comunicación:** Observan la condición de los pacientes y comunican cualquier cambio o preocupación al personal de enfermería. Este papel de observación es esencial para detectar cualquier reacción adversa o necesidad especial.
- **Apoyo Emocional:** Brindan apoyo emocional a los pacientes y sus familias, creando un ambiente de confianza y comprensión durante el proceso de tratamiento.
- **Mantenimiento del Entorno:** Mantienen limpias y organizadas las áreas de la Unidad de Oncología, asegurando un ambiente seguro y libre de riesgos.
- **Documentación:** Llevan registros precisos de las actividades realizadas y de la información importante sobre los pacientes, lo que contribuye a una atención coherente y continua.
- **Coordinación Interdisciplinaria:** Trabajan en equipo con enfermeras, médicos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud para asegurar la atención integral de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La Unidad de Oncología es esencial para el sistema de atención médica debido a su enfoque especializado en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de pacientes con cáncer. Proporciona una atención holística que abarca lo físico, lo emocional y lo psicológico, y su contribución a la investigación y la mejora continua de los tratamientos es invaluable para la comunidad médica y los pacientes.

En resumen, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la Unidad de Oncología es de gran importancia y comprensión para brindar una atención integral y compasiva a los pacientes que luchan contra el cáncer. A través de una variedad de funciones esenciales, los técnicos contribuyen en gran medida a la comodidad, el bienestar y la calidad de vida de los pacientes en esta fase desafiante de sus vidas.

El compromiso y la dedicación de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería son fundamentales para mantener un entorno que promueva la dignidad y el respeto a pesar de los desafíos que implica el tratamiento del cáncer. Su capacidad para colaborar con el equipo médico y proporcionar cuidados compasivos contribuye en última instancia a la mejora de la experiencia de los pacientes y a su capacidad de afrontar el tratamiento con fortaleza y esperanza.

6 Bibliografía

- Pubmed
- Scielo

Capítulo 534

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DESDE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN GERIATRÍA

JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ

GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ

PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

TABITA TULAC NECHITA

FRANCISCA CARCELEN APARICIO

1 Introducción

La geriatría es una rama de la medicina que se especializa en el estudio, diagnóstico, prevención y tratamiento de los problemas de salud que afectan a las personas mayores. Esta disciplina se enfoca en atender las necesidades médicas y sociales específicas de los adultos mayores, considerando los cambios físicos, cognitivos y emocionales que ocurren con el envejecimiento.

La geriatría se preocupa por el cuidado integral de los ancianos y se esfuerza por mejorar su calidad de vida, promoviendo la salud, la prevención de enfermedades y la gestión adecuada de las condiciones médicas crónicas que a menudo son más comunes en esta etapa de la vida. Los médicos geriatras, que son especialistas en

geriatría, trabajan en conjunto con otros profesionales de la salud para proporcionar una atención multidisciplinaria y adaptada a las necesidades individuales de cada paciente.

En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel fundamental al proporcionar un apoyo crucial en la atención y el cuidado de los pacientes geriátricos. La presente introducción explorará el rol vital del TCAE en la atención integral en geriatría, resaltando su contribución en el ámbito de la salud de la población de la tercera edad. Además, se destacarán las habilidades y responsabilidades clave que definen su labor en este entorno.

2 Objetivos

- Contribución en el ámbito de la salud de la población de la tercera edad por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Destacar las habilidades y responsabilidades claves.

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 Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un rol crucial en la atención integral en geriatría al brindar un apoyo esencial en la atención y el cuidado de los adultos mayores. Sus funciones abarcan una variedad de áreas que contribuyen directamente al bienestar y la calidad de vida de los pacientes de la tercera edad. A continuación, se describen algunas de las funciones más importantes que realiza un Técnico en el contexto de la atención integral en geriatría:

- Asistencia en actividades de la vida diaria: Ayudar a los pacientes geriátricos en actividades esenciales como el aseo personal, la alimentación, la movilización y

el vestido. El Técnico brinda apoyo en tareas que puedan resultar más difíciles debido a la edad o a condiciones médicas.

- Control de signos vitales: Medir y registrar signos vitales como la temperatura, el pulso, la presión arterial y la frecuencia respiratoria para evaluar el estado de salud de los pacientes y detectar cualquier cambio o anormalidad.
- Administración de medicamentos: Bajo la supervisión de profesionales de enfermería, el Técnico puede administrar medicamentos orales, tópicos o por vía parenteral según las prescripciones médicas y los protocolos establecidos.
- Asistencia en movilización: Ayudar a los pacientes mayores a moverse, levantarse y acostarse de manera segura, utilizando técnicas adecuadas para prevenir lesiones y promover la autonomía.
- Colaboración en cuidados de enfermería: Trabajar en estrecha colaboración con enfermeros y médicos para brindar cuidados integrales. Pueden realizar cambios de apósitos, cuidados de heridas simples y asistir en procedimientos médicos básicos.
- Apoyo emocional: Brindar apoyo emocional a los pacientes geriátricos, ofreciéndoles compañía, escucha activa y estímulo en momentos de soledad o ansiedad.
- Registro y documentación: Registrar con precisión la información relevante sobre la atención y el estado de salud de los pacientes en los registros médicos, asegurando que los profesionales de la salud tengan información actualizada y detallada.
- Preparación de habitaciones: Preparar las habitaciones de los pacientes, asegurando que estén limpias, ordenadas y equipadas con los suministros necesarios para la atención.
- Colaboración en terapia ocupacional y fisioterapia: Asistir a los terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas en la implementación de planes de rehabilitación y ejercicios físicos para mejorar la movilidad y la funcionalidad de los pacientes.
- Detección de cambios en el estado de salud: Observar y reportar cualquier cambio en el estado de salud de los pacientes a los profesionales de enfermería o médicos, lo que permite una intervención temprana en caso de problemas médicos emergentes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la atención integral en geriatría es de suma importancia para brindar un cuidado de alta calidad y compasión a los adultos mayores. A través de sus diversas funciones y responsabilidades, el Técnico despliega un impacto significativo en la calidad de vida, el bienestar físico y emocional, así como en la autonomía de los pacientes de la tercera edad.

Desde asistir en actividades básicas de la vida diaria hasta colaborar con el equipo médico en la administración de medicamentos y en la atención de heridas, el Técnico se convierte en un apoyo esencial para los profesionales de la salud en la atención de los pacientes geriátricos. Además, su capacidad para proporcionar apoyo emocional y mantener una comunicación efectiva con los pacientes contribuye a crear un entorno de confianza y comodidad.

6 Bibliografía

- Pubmed
- Scielo

Capítulo 535

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DENTRO DEL SERVICIO DE FARMACIA

PAOLA GARCÍA QUIÑONES

MARIA PILAR RUBIO SANCHEZ

M.ARANZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE

ROSA GARCÍA CASTRO RODRIGUEZ

PABLO RODRIGUEZ ABELLAN

1 Introducción

Un servicio de farmacia en un hospital es una unidad esencial que se encarga de la gestión y distribución de medicamentos y productos farmacéuticos para los pacientes que reciben atención médica en el hospital. Este servicio tiene múltiples funciones y responsabilidades que contribuyen a la seguridad y la eficacia de la terapia farmacológica.

Los auxiliares administrativos en el servicio de farmacia desempeñan un papel esencial en la gestión y organización de las tareas administrativas y logísticas necesarias para el funcionamiento eficiente de este departamento. Sus responsabilidades varían según las políticas y el tamaño del hospital.

El número de auxiliares administrativos en un servicio de farmacia de un hospital puede variar significativamente según el tamaño del hospital, el volumen de pacientes atendidos, la complejidad de las operaciones farmacéuticas y las políticas internas de personal. No existe un número fijo universal, ya que cada hospital puede determinar la cantidad de personal administrativo necesario en función de sus necesidades específicas.

En hospitales más pequeños o clínicas, es posible que haya solo uno o dos auxiliares administrativos en el servicio de farmacia para manejar las tareas administrativas básicas. En hospitales más grandes y centros médicos, la cantidad de auxiliares administrativos podría ser mayor para manejar la mayor carga de trabajo y las operaciones más complejas.

2 Objetivos

- Conocer las principales funciones del auxiliar administrativo en el etiquetado, dispensado y empaquetado en el servicio de farmacia de un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones de un auxiliar administrativo en un servicio de farmacia son esenciales para el funcionamiento fluido y eficiente de la gestión de medicamentos y suministros farmacéuticos en un hospital o centro de atención médica.

El etiquetado y empaquetado, así como el dispensado son tareas críticas realizadas por los auxiliares administrativos en un servicio de farmacia para garantizar la correcta identificación, seguridad y administración de los medicamentos y productos farmacéuticos. Aquí hay una descripción detallada de las actividades involucradas en el etiquetado y empaquetado:

Etiquetado:

- Identificación del paciente: Los auxiliares administrativos deben asegurarse de que cada medicamento esté etiquetado con el nombre del paciente para el cual está destinado. Esto es especialmente importante en hospitales para evitar errores de medicación.
- Nombre del medicamento: Cada medicamento debe tener una etiqueta clara que indique su nombre genérico y, si es necesario, su nombre de marca.
- Dosis: La etiqueta debe mostrar la dosis correcta del medicamento, ya sea en miligramos, mililitros u otra unidad apropiada.
- Instrucciones de dosificación: Las instrucciones sobre cómo tomar el medicamento deben estar claramente indicadas en la etiqueta.
- Fecha de dispensación: La fecha en que se dispensó el medicamento suele ser importante para llevar un registro adecuado.
- Fecha de vencimiento: Si es relevante, la fecha de vencimiento del medicamento también debe estar presente en la etiqueta.
- Advertencias e indicaciones: Cualquier advertencia o indicación específica, como "tomar con comida" o "mantener fuera del alcance de los niños", debe estar claramente indicada en la etiqueta.

Empaquetado:

- Uso adecuado: Los auxiliares administrativos deben asegurarse de que los medicamentos estén empaquetados de manera segura y adecuada para prevenir daños y contaminación.
- Higiene: Deben mantener un ambiente limpio y desinfectado para evitar la contaminación cruzada y garantizar la seguridad de los pacientes.

La dispensación de medicamentos es una tarea clave en el proceso de atención médica que implica proporcionar a los pacientes los medicamentos recetados de manera segura y adecuada. Los auxiliares administrativos en un servicio de farmacia también pueden desempeñar un papel en la dispensación, bajo la supervisión y dirección de farmacéuticos u otros profesionales de la salud.

5 Discusión-Conclusión

La principal conclusión sobre el papel del auxiliar administrativo en un servicio de farmacia es que desempeña un papel fundamental en la gestión eficiente y segura de los medicamentos y productos farmacéuticos en un entorno hospitalario. Aunque no están involucrados directamente en la toma de decisiones clínicas o en la interpretación de prescripciones médicas, su contribución es esencial para mantener el flujo adecuado de medicamentos y garantizar la seguridad de los pacientes.

Su labor facilita la accesibilidad a los medicamentos necesarios para los pacientes y también colabora con el personal de salud para asegurar una atención integral y segura para todos los usuarios.

6 Bibliografía

- Pubmed
- Scielo

Capítulo 536

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE INGRESO DE PACIENTES

PAOLA GARCÍA QUIÑONES

MARIA PILAR RUBIO SANCHEZ

M.ARANZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE

ROSA GARCÍA CASTRO RODRIGUEZ

PABLO RODRIGUEZ ABELLAN

1 Introducción

La gestión de ingreso de pacientes es una parte fundamental en el funcionamiento de cualquier institución médica. En este proceso, el auxiliar administrativo desempeña un rol crucial al asegurarse de que cada paciente sea recibido y registrado adecuadamente, lo que contribuye a un inicio fluido y organizado de su atención médica. En esta serie de respuestas, exploraremos en detalle las responsabilidades y tareas que lleva a cabo el auxiliar administrativo en la gestión de ingreso de pacientes. Desde la recopilación de información personal y médica hasta la coordinación con otros departamentos y la garantía de la confidencialidad, el auxiliar administrativo es un elemento esencial para proporcionar una experiencia de ingreso eficiente y cómoda para los pacientes y sus familias.

La recapitulación de esta información es importante sobre todo porque un servicio de hospitalización no solo involucra la atención médica, sino también una variedad de tareas administrativas y logísticas que deben ser gestionadas para asegurar que los pacientes reciban una atención integral y adecuada. Estas tareas van desde coordinar la admisión de un nuevo paciente hasta la gestión de todas las historias clínicas de los pacientes a lo largo de los años.

El servicio de hospitalización se compone de varias áreas y unidades que se especializan en diferentes tipos de atención médica, en el que el resultado final positivo se consigue con la coordinación y eficiencia de todas las áreas implicadas.

En este trabajo hablaremos de la importancia del auxiliar administrativo en las gestiones que implican ingreso de pacientes entre muchas otras tareas que realizan. También hablaremos de la estructura organizativa necesaria para asegurar el correcto funcionamiento.

2 Objetivos

- Conocer la relación entre la hospitalización de pacientes y las tareas del auxiliar administrativo.
- Desarrollar las tareas a desarrollar por parte del personal encarado en esta 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 auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la gestión de ingreso de pacientes al asegurarse de que el proceso sea fluido, eficiente y bien organizado. Las tareas que lleva a cabo en este contexto son variadas y cruciales

para la experiencia tanto de los pacientes como del personal médico. Algunas de las tareas clave incluyen:

- Registro y Recopilación de Información: El auxiliar administrativo recopila la información personal y médica necesaria de los pacientes al momento de su ingreso. Esto puede incluir datos de identificación, historial médico, información de seguros y contactos de emergencia.
- Asignación de Habitaciones o Consultorios: En hospitales y clínicas, el auxiliar administra la asignación de habitaciones o consultorios según la disponibilidad y las necesidades médicas del paciente.
- Coordinación con Otros Departamentos: El auxiliar administra la comunicación y coordinación con otros departamentos, como enfermería y facturación, para asegurarse de que todos los aspectos del ingreso estén bien integrados.
- Verificación de Documentación: Asegura que todos los formularios y documentos requeridos estén completos y en orden, lo que facilita la administración precisa de la atención médica y el cumplimiento de requisitos legales.
- Confirmación de Seguro Médico: Verifica la cobertura de seguro médico del paciente y asegura que la información sea precisa para evitar problemas en el proceso de facturación.
- Atención al Paciente: Proporciona un enfoque cálido y acogedor, responde a preguntas del paciente y sus familias, y les brinda información sobre los procedimientos de ingreso y otros aspectos relevantes.
- Asignación de Identificadores: El auxiliar administra la asignación de pulseras o identificadores a los pacientes para garantizar una correcta identificación y evitar errores.
- Confidencialidad de Datos: Garantiza la confidencialidad y la seguridad de la información del paciente, siguiendo las regulaciones de privacidad y manteniendo los estándares éticos y legales.
- Sistemas de Registro: Utiliza sistemas de registro electrónicos o físicos para documentar todos los detalles del ingreso del paciente de manera precisa y accesible.
- Gestión de Turnos: En algunos casos, el auxiliar puede administrar la asignación de horarios y turnos para consultas o procedimientos.

- Seguimiento de Pagos: En coordinación con el departamento de facturación, puede asegurarse de que los pagos y las autorizaciones de seguros se gestionen correctamente.

5 Discusión-Conclusión

Es importante destacar que todas las funciones y tareas mencionadas anteriormente pueden verse afectadas por el nivel de automatización que tenga cada organización en concreto, ya que la implementación de sistemas electrónicos en los servicios médicos y sanitarios influye directamente en la cantidad de personal administrativo que se necesita.

Por ello, podemos ver como en estos años atrás se ha ido prescindiendo cada vez más de empleos de este tipo o se han ido reduciendo la variedad de tareas que una persona debía hacer dentro de su puesto de trabajo.

No obstante, aunque las empresas cada vez inviertan más esfuerzo en la automatización de procesos, hay ciertas labores que nunca podrán ser sustituidas por una maquina.

El papel del auxiliar administrativo es de suma importancia para garantizar un proceso eficiente, organizado y acogedor en la experiencia de los pacientes dentro de una institución médica. Su labor no solo implica tareas administrativas, sino que también contribuye en gran medida a la comodidad y satisfacción de los pacientes y sus familias desde el momento en que llegan al hospital o clínica. Además, su rol también alivia la carga del personal médico, permitiéndoles centrarse en la atención clínica mientras que el proceso administrativo se gestiona de manera eficiente.

6 Bibliografía

- Pubmed
- Scielo

Capítulo 537

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DENTRO DE LA UNIDAD DEL SUEÑO

ROSA GARCÍA CASTRO RODRIGUEZ

PAOLA GARCÍA QUIÑONES

M.ARANZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE

MARIA PILAR RUBIO SANCHEZ

PABLO RODRIGUEZ ABELLAN

1 Introducción

La unidad del sueño, también conocida como laboratorio de sueño o centro de estudios del sueño, es una instalación médica especializada que se dedica a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos relacionados con el sueño. Estos centros están equipados con tecnología avanzada que permite monitorear y registrar diferentes aspectos del sueño de los pacientes mientras duermen. Los profesionales de la salud, como médicos especializados en medicina del sueño y técnicos del sueño, trabajan en estas unidades para evaluar y abordar problemas relacionados con los patrones de sueño y la vigilia.

El papel del auxiliar administrativo en una unidad del sueño es fundamental para garantizar un funcionamiento fluido y eficiente de las operaciones administrativas y logísticas en este entorno médico especializado.

El número de auxiliares administrativos en una unidad del sueño puede variar según varios factores, como el tamaño de la unidad, la cantidad de pacientes que atiende, la complejidad de las operaciones administrativas y las políticas de personal de la organización. No hay un número fijo universal, ya que cada unidad del sueño puede tener diferentes necesidades de personal.

Es importante que la unidad del sueño evalúe cuidadosamente sus necesidades operativas y las demandas de sus pacientes para determinar el número adecuado de auxiliares administrativos. El objetivo es asegurarse de que haya suficiente personal para proporcionar un servicio de alta calidad, gestionar eficientemente las operaciones administrativas y mantener altos estándares de seguridad del paciente.

2 Objetivos

-Conocer la importancia de la correcta utilización del manejo del software por parte del auxiliar administrativo en la unidad del sueño.

3 Metodología

Para la realización del siguiente estudio se ha accedido a diferentes portales de información académica siendo los más destacados: Google Académico, Pubmed, Medline y Scileo.

Se han seleccionado artículos con las siguientes palabras clave: iluminación, amplitud, entorno, luminosidad, administrativo y espacio de trabajo.

4 Resultados

Las funciones de un auxiliar administrativo en una unidad del sueño son esenciales para garantizar el funcionamiento eficiente de las operaciones administrativas y logísticas en este entorno médico especializado.

El manejo de software de gestión es una parte importante de las responsabilidades de un auxiliar administrativo en una unidad del sueño. Estos programas de software ayudan a organizar y agilizar las tareas administrativas, el seguimiento de pacientes, la programación de citas y otras operaciones relacionadas. A continuación, se presentan algunos ejemplos de cómo un auxiliar administrativo en una unidad del sueño podría manejar software de gestión:

Sistema de citas y programación:

- Utilizar un software de programación para gestionar las citas de los pacientes de manera eficiente, evitando conflictos y asegurando que los horarios estén bien organizados.
- Reservar y reprogramar citas según las necesidades de los pacientes y la disponibilidad de la unidad.

Gestión de pacientes:

- Ingresar y actualizar información de los pacientes en el sistema, incluidos datos personales, historias clínicas, referencias médicas y detalles de contacto.
- Seguir la información médica relevante, como diagnósticos y tratamientos, para tener un registro completo de la historia de cada paciente.

- Facturación y registros financieros:

- Utilizar software de facturación para generar facturas precisas y detalladas para los pacientes y las compañías de seguros.
- Registrar los pagos y mantener un registro de los registros financieros.

Documentación y registros médicos:

- Almacenar los registros médicos electrónicos de los pacientes en el software de gestión, garantizando su seguridad y accesibilidad.
- Mantener la documentación actualizada con los resultados de los estudios de sueño y las recomendaciones de tratamiento.

Generación de informes:

- Generar informes y resúmenes a partir de los datos almacenados en el software para brindar a los médicos una visión rápida de la situación de los pacientes y los resultados de los estudios de sueño.

Seguridad de datos y privacidad:

- Mantener la confidencialidad de la información del paciente al garantizar que el software cumpla con las regulaciones de privacidad y seguridad de datos.

5 Discusión-Conclusión

La principal conclusión sobre el papel del auxiliar administrativo en una unidad del sueño es que su contribución es esencial para mantener un funcionamiento eficiente y efectivo de las operaciones administrativas en un entorno médico especializado en el diagnóstico y tratamiento de trastornos del sueño.

En resumen, el auxiliar administrativo en una unidad del sueño desempeña un papel fundamental al brindar un soporte esencial para las operaciones administrativas y la atención al paciente. Su labor contribuye a mantener altos estándares de calidad, seguridad y eficiencia en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño. Es clave su coordinación con el resto del equipo.

6 Bibliografía

-Pubmed

- Scielo

Capítulo 538

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN QUIRÓFANO

GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ

JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ

PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

TABITA TULAC NECHITA

FRANCISCA CARCELEN APARICIO

1 Introducción

La prevención de infecciones en el quirófano es un componente esencial de la atención médica, y los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en este aspecto. En un entorno donde la esterilidad y la higiene son vitales, el Técnico juega un rol clave en asegurar que se mantengan estándares rigurosos de prevención de infecciones para proteger tanto a los pacientes como al personal médico involucrado en los procedimientos quirúrgicos.

Esta exploración se adentrará en las funciones específicas que los Técnicos desempeñan en la prevención de infecciones en el quirófano. Desde la preparación

y desinfección del entorno quirúrgico hasta la colaboración con el equipo médico, las responsabilidades del Técnico contribuyen directamente a crear un ambiente seguro y libre de infecciones para los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas. En este contexto crítico, sus tareas son esenciales para garantizar resultados exitosos y la salud de todos los involucrados.

El número de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en un quirófano puede variar según varios factores, como el tamaño del quirófano, la complejidad de los procedimientos, la cantidad de pacientes y la política de personal de la institución de salud. No hay un número fijo universal, ya que cada quirófano puede tener diferentes necesidades y circunstancias.

2 Objetivos

- Explicar las funciones específicas que los Técnicos Auxiliares de Enfermería desempeñan en su actuación en la prevención de infecciones en el quirófano.

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. Las principales bases de datos han sido Pubmed, Scielo y mi propia experiencia personal.

4 Resultados

Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en relación con la prevención de infecciones en el quirófano son fundamentales para mantener un entorno seguro y estéril durante los procedimientos quirúrgicos. Sus responsabilidades abarcan una variedad de tareas que contribuyen directamente a la prevención de infecciones y al bienestar de los pacientes. Algunas de estas funciones incluyen:

- Higiene y Desinfección: Es responsable de asegurarse de que el quirófano esté limpio y desinfectado antes y después de cada procedimiento. Esto incluye la limpieza de superficies, equipos y utensilios quirúrgicos, siguiendo estrictos protocolos de asepsia.

- Preparación del Quirófano: Antes de cada cirugía, el Técnico colabora en la preparación del quirófano, asegurándose de que esté abastecido con los materiales y equipos necesarios para el procedimiento.
- Apoyo a la Vestimenta Estéril: Ayudar a los miembros del equipo médico a vestirse con la indumentaria quirúrgica estéril, garantizando que se mantenga la integridad de la asepsia.
- Manejo de Residuos Biomédicos: Se encarga de desechar de manera segura los materiales utilizados durante el procedimiento, asegurando que los residuos biomédicos se gestionen de acuerdo con las normativas de seguridad.
- Asistencia al Equipo Médico: Durante el procedimiento, el Técnico proporciona asistencia al equipo médico entregando instrumentos y suministros necesarios de manera estéril, siguiendo las pautas de control de infecciones.
- Control de Infecciones Personales: El Técnico sigue estrictas medidas de higiene personal, incluido el lavado de manos y el uso adecuado de equipo de protección personal (EPP), para prevenir la transmisión de infecciones.
- Colaboración en la Limpieza Postoperatoria: Después de la cirugía, participa en la limpieza y desinfección del quirófano para prepararlo para el próximo procedimiento.
- Comunicación Efectiva: Comunica de manera efectiva cualquier irregularidad en el ambiente quirúrgico o cualquier preocupación relacionada con la asepsia al equipo médico y de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en relación con la prevención de infecciones en el quirófano desempeñan un papel crítico en garantizar la seguridad y el éxito de los procedimientos quirúrgicos. Asume responsabilidades fundamentales que contribuyen directamente a mantener un entorno estéril y libre de infecciones, protegiendo tanto a los pacientes como al equipo médico involucrado.

Desde la preparación y desinfección del quirófano hasta la asistencia durante los procedimientos y la correcta gestión de residuos biomédicos, trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico y de enfermería para seguir rigurosamente los

protocolos de control de infecciones. Su compromiso con el lavado de manos, el uso adecuado de equipo de protección personal y el seguimiento de prácticas de higiene son esenciales para prevenir la transmisión de infecciones en el entorno quirúrgico.

La comunicación efectiva y la colaboración interdisciplinaria también forman parte integral del rol del Técnico en la prevención de infecciones. Al reportar cualquier preocupación o anomalía en el entorno quirúrgico y al educar a otros sobre las mejores prácticas, contribuye al mantenimiento de un ambiente seguro y estéril.

6 Bibliografía

<https://daeformacion.com/funciones-tcae-quiroyfano/>

Capítulo 539

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARGARITA VIELSA VILLALON

MARIA JOSEFA ABELLAN CASTILLO

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

ANA MARIN YESTE

JUANA MARIA YESTE RAMIREZ

1 Introducción

La figura del celador en el servicio de farmacia dentro del ámbito hospitalario es de vital importancia para garantizar un funcionamiento eficiente y seguro de este sector. Los celadores desempeñan un papel esencial en la cadena de atención médica, contribuyendo al bienestar de los pacientes y al buen desarrollo de las actividades dentro del hospital.

Exploraremos la función del celador en el servicio de farmacia hospitalaria, destacando su relevancia en la distribución de medicamentos, la atención a pacientes y otros aspectos cruciales para la operación de la farmacia en un entorno hospitalario. Además, discutiremos la importancia de la formación y las habilidades requeridas para este rol, así como los desafíos y responsabilidades que enfrentan los celadores en este contexto específico.

Los celadores en el servicio de farmacia hospitalaria se encargan de diversas tareas, como la recepción de medicamentos, su almacenamiento adecuado, la preparación de dosis unitarias, la distribución de medicamentos a las diferentes áreas del hospital y la gestión de inventario. Además, desempeñan un papel importante en la atención al paciente, brindando información sobre el uso correcto de los medicamentos y asistiendo en la entrega de medicamentos a los pacientes hospitalizados. Esto implica una estrecha colaboración entre el personal médico, los farmacéuticos y, por supuesto, los celadores, quienes actúan como un eslabón crucial en la cadena de suministro de medicamentos.

2 Objetivos

- Funciones esenciales del celador en el servicio de farmacia hospitalaria
- Formación necesaria para el servicio de farmacia hospitalaria 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

Es importante destacar que los celadores en el servicio de farmacia deben seguir estrictos protocolos de seguridad y calidad para prevenir errores en la administración de medicamentos, lo que puede tener graves consecuencias para la salud de los pacientes. Además, deben estar actualizados sobre las normativas y regulaciones pertinentes en cuanto a farmacología y control de medicamentos.

La formación necesaria para un celador que trabaje en el servicio de farmacia hospitalaria es esencial para garantizar un desempeño efectivo y seguro. Algunos aspectos clave de la formación necesaria:

- El celador en el servicio de farmacia interactuará con medicamentos y dispositivos médicos, es crucial recibir capacitación en farmacología básica. Esto incluye

el conocimiento de nombres genéricos y comerciales de medicamentos comunes, así como la comprensión de dosis y vías de administración.

- Deben estar al tanto de las regulaciones y normativas locales y nacionales relacionadas con la administración y el control de medicamentos. Esto incluye el conocimiento de las leyes de narcóticos, las pautas de almacenamiento de medicamentos y las regulaciones de seguridad y calidad.
- Muchos hospitales utilizan sistemas informatizados para gestionar el inventario y la administración de medicamentos. Los celadores deben estar capacitados en el uso de esta tecnología, que puede incluir sistemas de dispensación automatizada, etiquetado de medicamentos y registros electrónicos de pacientes.
- La seguridad es una preocupación central en la farmacia hospitalaria. Los celadores deben estar entrenados para prevenir errores en la administración de medicamentos y para actuar en caso de situaciones de emergencia, como la exposición accidental a sustancias peligrosas.
- La formación en farmacia hospitalaria no es estática; está sujeta a cambios en las prácticas y regulaciones. Los celadores deben estar dispuestos a participar en programas de educación continua para mantenerse al día con las últimas tendencias y avances en farmacología y atención médica.

En este contexto, la formación y capacitación de los celadores son fundamentales para asegurar un desempeño efectivo y seguro en el servicio de farmacia hospitalaria. Esto incluye la comprensión de conceptos farmacológicos básicos, el uso adecuado de tecnologías y sistemas de gestión de medicamentos, así como habilidades de comunicación para interactuar de manera efectiva con el personal médico y los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores desempeñan una función esencial en el proceso de atención médica, colaborando estrechamente con el personal médico, los farmacéuticos y los pacientes para asegurar que los medicamentos se administren de manera correcta y segura.

La formación y la capacitación adecuadas son fundamentales para que los celadores puedan llevar a cabo sus responsabilidades de manera efectiva. Esto incluye conocimientos en farmacología básica, protocolos de seguridad, regulaciones pertinentes y habilidades de comunicación.

Es por esto, que debemos ser conscientes de la importancia de que los celadores se mantengan actualizados y participen en programas de educación continua para adaptarse a las cambiantes prácticas y tecnologías en el ámbito de la farmacia hospitalaria. En este aspecto, juega un papel muy importante el hospital o centro sanitario al que pertenezca el celador para que estén informados sobre la disponibilidad de nuevos cursos o formaciones, dar facilidades para esto e incentivar a los trabajadores a que se mantengan actualizados constantemente.

6 Bibliografía

- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-que-realiza-el-celador-a-en-la-farmacia-hospitalaria/>

Capítulo 540

EL PAPEL DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS

MARGARITA VIELSA VILLALON

MARIA JOSEFA ABELLAN CASTILLO

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

ANA MARIN YESTE

JUANA MARIA YESTE RAMIREZ

1 Introducción

La presencia del celador en la sala de autopsias es fundamental para el funcionamiento eficiente y seguro de este espacio dentro del ámbito hospitalario o forense. La labor del celador en esta área desempeña un papel crucial en la gestión de procedimientos de autopsia y el manejo de cadáveres, asegurando que se lleven a cabo de manera respetuosa y en cumplimiento con los protocolos establecidos.

En esta introducción, exploraremos la importancia del rol del celador en la sala de autopsias, resaltando sus funciones y responsabilidades clave en el contexto de la medicina forense y la investigación de la causa de la muerte. Además, se destacará cómo la presencia del celador no solo contribuye a la eficiencia operativa de la sala de autopsias, sino también al mantenimiento del respeto por los fallecidos y sus familias.

La sala de autopsias es un entorno especializado donde se llevan a cabo procedimientos médicos o forenses destinados a examinar y determinar las causas de la muerte de una persona. Estos procedimientos son cruciales para la medicina forense, la investigación de homicidios, la identificación de enfermedades y, en algunos casos, la educación médica.

El personal en una sala de autopsias suele estar compuesto por profesionales altamente capacitados, como patólogos forenses y técnicos de autopsia. Los celadores pueden desempeñar un papel secundario en estas áreas y pueden estar involucrados en tareas logísticas, como la preparación de las instalaciones antes y después de las autopsias y la asistencia en el manejo de cuerpos.

2 Objetivos

- Desarrollar las funciones esenciales del celador en la sala de autopsias
- Diferenciar tareas que conllevan la participación directa del médico forense

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 son esenciales para garantizar un entorno seguro y eficiente durante los procedimientos de autopsia y el manejo de cadáveres.

Las principales funciones del celador en la sala de autopsias van desde la preparación de la sala antes de realizar una autopsia hasta el seguimiento y mantenimiento de los registros de todas las autopsias realizadas. Dentro de este largo proceso en el que el celador participa activamente junto con el personal médico nos vamos a enfocar en algunas funciones más significativas, la asistencia al patólogo o médico forense y el manejo de cadáveres.

Durante la autopsia, el celador proporciona apoyo al médico forense de diversas maneras, como entregar instrumentos, preparar los materiales necesarios, y asistir en la manipulación del cadáver según las indicaciones del médico. Esto garantiza que el procedimiento se realice de manera fluida y segura.

El celador puede ser responsable de rotar y posicionar el cadáver de acuerdo con las necesidades del médico forense. Esto es importante para facilitar la visualización de las lesiones o características relevantes y garantizar la precisión del procedimiento.

Ayudar en la identificación de evidencia durante la autopsia, el médico forense puede descubrir evidencia relevante para una investigación criminal, como proyectiles de bala o signos de lesiones traumáticas. El celador debe estar preparado para preservar y entregar esta evidencia de manera adecuada.

Manejar muestras biológicas ya que en algunos casos, el médico forense puede necesitar tomar muestras biológicas, como tejidos o fluidos, para análisis adicionales. El celador debe asegurarse de que estas muestras se recojan de manera adecuada y se almacenen de forma segura.

Tras analizar dichas funciones podemos afirmar que el celador cumple una función esencial al asistir al médico forense en la sala de autopsias. Su colaboración contribuye a la realización eficiente y segura de procedimientos forenses, a la documentación precisa de hallazgos y a la preservación de la integridad de la investigación forense y la medicina legal.

5 Discusión-Conclusión

La presencia del celador contribuye al cumplimiento de normativas de seguridad, bioseguridad y éticas, así como a la documentación adecuada de cada procedimiento. Además, su apoyo a los profesionales de la medicina forense y su capacidad para mantener la sala de autopsias en condiciones óptimas son esenciales para garantizar resultados precisos en la investigación de la causa de la muerte.

Finalmente es necesario destacar que, en este trabajo nos hemos enfocado en las funciones que conllevan una colaboración directa y mano a mano con el médico forense, pero el celador debe cumplir y estar al tanto de muchas otras tareas que no implican de forma tan directa al personal médico, estas funciones esenciales incluyen la preparación de la sala, la limpieza y desinfección posterior, y la atención a familiares de los fallecidos cuando sea necesario. Su trabajo se desarrolla

en un contexto delicado que requiere habilidades técnicas y un alto grado de respeto y empatía, ya que suele estar presente en situaciones difíciles para los familiares.

En conclusión, la labor del celador en la sala de autopsias es esencial para garantizar que los procedimientos forenses y médicos se realicen de manera eficiente, segura y respetuosa. Sus múltiples funciones de apoyo al médico forense son vitales para mantener el orden y la calidad en la investigación de la causa de la muerte y en otros aspectos relacionados con la medicina forense.

6 Bibliografía

- Pubmed y Scielo

Capítulo 541

EL PAPEL DEL CELADOR EN LA PLANTA DE MATERNIDAD

MARIA JOSEFA ABELLAN CASTILLO

MARGARITA VIELSA VILLALON

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

ANA MARIN YESTE

JUANA MARIA YESTE RAMIREZ

1 Introducción

La figura del celador en una planta de maternidad desempeña un papel fundamental en el funcionamiento eficiente y seguro de este entorno hospitalario tan especializado. El celador, también conocido como asistente de salud, es un miembro del personal hospitalario encargado de diversas tareas esenciales que contribuyen al bienestar de las madres y los recién nacidos en la planta de maternidad.

La peculiaridad de esta unidad para todo el personal sanitario es que los pacientes en este caso son muy diferentes entre sí, ambos necesitan cuidados y atención aunque no exista una correlación directa entre ellos. Es decir, existen unos cuidados concretos para la madre que acaba de dar a luz o está en proceso de conseguirlo, pero también existen unos cuidados concretos para el recién nacido, estos cuidados dependerán también y variarán mucho entre sí dependiendo del estado del recién nacido.

Su presencia y dedicación contribuyen a que el proceso de maternidad sea más seguro y confortable para todos los involucrados, ayudando a que las madres tengan una experiencia positiva en este momento tan especial de sus vidas.

En esta introducción, exploraremos la importancia del rol del celador en una planta de maternidad, que va desde la asistencia general a las madres, pasando por los cuidados necesarios del recién nacido en el que se necesitan a los celadores y un transporte seguro para ambos. También podremos analizar algunas de las responsabilidades y funciones clave que desempeña en este entorno de atención médica específico.

2 Objetivos

- Importancia del celador en una planta de maternidad.
- Funciones clave del celador en maternidad pasando por los cuidados necesarios del bebe.

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

Podemos destacar algunas de las funciones específicas que un celador puede desempeñar en un entorno de maternidad:

- Asistencia a las madres: Brindar apoyo y asistencia a las madres durante su estancia en la planta de maternidad. Esto puede incluir ayudar a las madres a moverse, levantarse de la cama y realizar tareas básicas como ir al baño.
- Cuidado de los recién nacidos: Colaborar en el cuidado de los recién nacidos, asegurando que estén cómodos en sus cunas, cambiándolos y ayudando en su alimentación cuando sea necesario.

- Transporte seguro: Encargarse del transporte seguro de las madres y los bebés a diferentes áreas del hospital para exámenes médicos, procedimientos o exámenes de diagnóstico. Esto puede incluir el traslado de las madres a la sala de parto o a la habitación de recuperación después del parto.
- Mantenimiento del orden: Mantener la limpieza y el orden en las áreas de maternidad, asegurándose de que las habitaciones estén limpias y que los suministros necesarios estén disponibles.
- Ayuda en procedimientos médicos: Asistir a los profesionales de la salud durante procedimientos médicos y partos, proporcionando instrumentos y materiales necesarios.

Por otro lado, cumplen algunas funciones genéricas que en muchas ocasiones pueden compartir con los técnicos auxiliares de enfermería siempre y cuando sea necesario. En este caso pueden ser:

- Comunicación: Facilitar la comunicación entre el personal médico y las madres, asegurándose de que las necesidades y preguntas de las pacientes sean atendidas de manera oportuna. También pueden ser responsables de llevar mensajes entre las diferentes unidades del hospital.
- Seguridad: Estar preparado para manejar situaciones de emergencia y garantizar la seguridad de las madres y los recién nacidos en todo momento. Esto puede incluir la evacuación segura en caso de incendio o la respuesta a situaciones médicas urgentes.
- Registro y documentación: Llevar registros y documentar la información relevante sobre el cuidado de las madres y los recién nacidos, como la hora de los cambios de pañales, la alimentación y otros eventos importantes.
- Educación a las madres: Brindar información básica a las madres sobre el cuidado de los recién nacidos, como el manejo de pañales, la lactancia materna y otros cuidados esenciales.

5 Discusión-Conclusión

El rol del celador en una planta de maternidad es variado y esencial para garantizar la comodidad, la seguridad y el bienestar de las madres y los recién nacidos. Su presencia y dedicación son cruciales para crear un ambiente de atención médica

efectiva y compasiva durante el proceso de maternidad.

El celador actúa como un enlace entre las madres y el personal médico, brindando apoyo emocional y físico siempre que sea necesario. Además, están capacitados para responder a situaciones de emergencia y garantizar la seguridad en la unidad de maternidad.

Por último, es importante destacar que un celador no se considera personal sanitario, si no un asistente de la salud pero en muchas ocasiones están expuestos a innumerables situaciones en las que deben tener habilidades y aptitudes propias de un personal sanitario. También, este puesto de trabajo requiere un continuo aprendizaje y adaptación a nuevos procedimientos o protocolos. Por lo que, es necesario que los celadores de cualquier organización de la salud estén dispuestos a formarse y querer estar al tanto de las novedades dentro de sus tareas y funciones. Esto proporcionará mejores resultados finales para los pacientes ya que la atención médica es una cadena de eslabones en la que todos los involucrados deben saber sus tareas y funciones de manera que todos los procesos sean eficientes, óptimos y positivos para todos.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/celador-paciente-embarazada/>

Capítulo 542

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTION DE LAS RECETAS MEDICAS ELECTRONICAS POR PARTE DEL SISTEMA OMI

MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ

MARINELA BARRAJON INSERTI

MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA

M^a TERESA LÁZARO SÁEZ

JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ

1 Introducción

La gestión de las recetas médicas electrónicas por parte del Sistema de Orden Médica Electrónica (OMI) es una evolución significativa en la atención médica moderna. En esta introducción, exploraremos el papel fundamental que desempeña el auxiliar administrativo en la gestión de las recetas médicas electrónicas a través del Sistema OMI.

La transición de las recetas médicas en papel a las recetas electrónicas ha revolucionado la forma en que los pacientes reciben y gestionan sus medicamentos. El Sistema OMI ofrece ventajas en términos de eficiencia, seguridad y accesibil-

idad, y el auxiliar administrativo juega un papel vital en asegurarse de que este proceso se realice de manera fluida y efectiva.

Las funciones del auxiliar administrativo en la gestión de recetas médicas electrónicas son esenciales para la seguridad del paciente y la eficiencia en la atención médica. Al trabajar en estrecha colaboración con los profesionales de la salud, el auxiliar administrativo contribuye al proceso de atención centrada en el paciente y al acceso oportuno y seguro a los medicamentos necesarios.

El papel del auxiliar administrativo en la coordinación con la farmacia en el contexto de las recetas médicas electrónicas a través del Sistema de Orden Médica Electrónica (OMI) es fundamental para garantizar que los pacientes reciban sus medicamentos de manera segura y oportuna.

2 Objetivos

- Explicar las responsabilidades y funciones específicas del auxiliar administrativo en esta coordinación y las recetas médicas electrónicas a través del Sistema de Orden Médica Electrónica (OMI)

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 las responsabilidades y funciones específicas del auxiliar administrativo en esta coordinación y las recetas médicas electrónicas a través del Sistema de Orden Médica Electrónica (OMI)

Verificación de la Receta Electrónica:

El auxiliar administrativo verifica la receta electrónica emitida por el médico, asegurándose de que esté completa y precisa. Esto incluye la confirmación de la

identidad del paciente, el medicamento prescrito, la dosis y las instrucciones de administración.

Comunicación con la Farmacia:

Inicia la comunicación con la farmacia que se encargará de dispensar el medicamento. Esto puede involucrar el envío electrónico de la receta al sistema de la farmacia o la notificación de la receta al farmacéutico de guardia.

Transferencia de Datos Electrónicos:

Facilita la transferencia electrónica de datos entre el sistema OMI y el sistema de gestión de la farmacia, asegurando que la información de la receta se transmita de manera segura y eficiente.

Confirmación de Disponibilidad de Medicamentos:

Verifica la disponibilidad de los medicamentos prescritos en la farmacia y se asegura de que estén en stock para que el paciente pueda recibirlos de inmediato.

Coordinación de Entrega o Recogida:

Coordinar con el paciente la entrega a domicilio de los medicamentos si es una opción o proporcionar información sobre la ubicación y horarios de recogida en la farmacia.

Notificación de Problemas:

Notificar a la farmacia y al paciente si se detecta algún problema o discrepancia en la receta electrónica, como posibles interacciones medicamentosas.

Registro de Comunicaciones:

Mantener un registro de todas las comunicaciones y transacciones relacionadas con la farmacia, lo que puede ser útil para futuras referencias o para solucionar problemas.

Cumplimiento Normativo y Confidencialidad:

Asegurar que todas las interacciones con la farmacia se realicen cumpliendo con las regulaciones de privacidad de datos y de seguridad de la información médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en la coordinación con la farmacia en el contexto de las recetas médicas electrónicas a través del Sistema de Orden Médica Electrónica (OMI) es esencial para garantizar la seguridad, eficiencia y efectividad en la dispensación de medicamentos a los pacientes. Su labor facilita una comunicación fluida entre el médico, el paciente y la farmacia, asegurando que las recetas electrónicas se procesen de manera adecuada y que los pacientes reciban los medicamentos necesarios de manera oportuna.

El auxiliar administrativo desempeña un papel clave en la verificación de la receta, la transferencia segura de datos electrónicos, la coordinación de la disponibilidad de medicamentos y la comunicación con el paciente. Además, está en una posición privilegiada para brindar apoyo y aclarar cualquier duda o inquietud que el paciente pueda tener sobre la receta o el medicamento.

6 Bibliografía

<https://www.imo.org/es/ourwork/msas/paginas/imo-identification-number-scheme.aspx>

Capítulo 543

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DE UN PACIENTE Y LA EDUCACIÓN FAMILIAR NECESARIA

RAQUEL CASTILLO MARTÍNEZ

MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA SÁEZ

LOURDES NAVARRO COLMENERO

LORENA AUÑON YEPES

1 Introducción

La atención de enfermería desempeña un papel fundamental en la atención integral de pacientes que han sufrido un Accidente Cerebrovascular (ACV), también conocido como ictus. El Accidente Cerebrovascular es una emergencia médica que puede tener consecuencias graves para la salud del paciente y su calidad de vida, por lo que requiere una atención multidisciplinaria y un enfoque centrado en el paciente y su familia.

La educación familiar es un componente esencial de la atención de enfermería en el Accidente Cerebrovascular. La familia del paciente desempeña un papel crucial en su proceso de recuperación y adaptación a las secuelas del Accidente Cerebrovascular. Por lo tanto, es fundamental que los profesionales de enfermería proporcionen orientación, apoyo emocional y educación a la familia para que

puedan participar de manera efectiva en el cuidado y la rehabilitación del paciente.

En esta introducción, exploraremos la importancia del papel de enfermería en la atención de pacientes con Accidente Cerebrovascular y en la educación de sus familias. Además, destacaremos la relevancia de una atención integral y multidisciplinaria en el manejo de esta condición médica. A lo largo de este documento, abordaremos cómo los profesionales de enfermería pueden desempeñar un rol clave en la promoción de la salud, la prevención de complicaciones y la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familias afectados por un Accidente Cerebrovascular.

2 Objetivos

- Papel de enfermería en la atención de pacientes con Accidente Cerebrovascular.
- Prevención de complicaciones y mejorar la calidad de vida con la educación de la 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

El papel de enfermería en el manejo del Accidente Cerebrovascular (ACV) es fundamental para proporcionar una atención integral y efectiva a los pacientes y sus seres queridos. Los enfermeros desempeñan múltiples roles en esta situación clínica, incluyendo:

- Evaluación y Triage: Los enfermeros son a menudo los primeros en evaluar a los pacientes que ingresan a la unidad de emergencia con síntomas de Accidente Cerebrovascular. Esta evaluación inicial es crucial para determinar el tipo de

Accidente Cerebrovascular (isquémico o hemorrágico) y la gravedad de los síntomas, lo que influye en las opciones de tratamiento. Una evaluación rápida y precisa es esencial.

- Monitorización Continua: Los enfermeros son responsables de la monitorización constante de los signos vitales del paciente, incluyendo la presión arterial, el pulso, la saturación de oxígeno y la temperatura. Esto ayuda a identificar cambios en la condición del paciente y a prevenir complicaciones.
- Administrar Tratamiento: Los enfermeros pueden administrar medicamentos recetados por el médico, como agentes trombolíticos o anticoagulantes, y asegurarse de que se sigan las pautas de administración y los protocolos de seguridad.
- Cuidado de Soporte: Los pacientes pueden requerir cuidados de soporte, como la administración de oxígeno, la prevención de úlceras por presión, la movilización temprana y la nutrición adecuada. Los enfermeros son responsables de garantizar que se cumplan estas necesidades básicas.
- Coordinación del Cuidado: Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con otros miembros del equipo de atención médica, como médicos, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, para garantizar una atención integral y coordinada para el paciente.
- Evaluación Continua: La evolución del paciente puede ser dinámica. Los enfermeros realizan evaluaciones regulares para detectar cualquier cambio en la condición del paciente y ajustar el plan de atención en consecuencia.
- Educación al Paciente y la Familia: Uno de los aspectos más importantes del papel de enfermería en el Accidente Cerebrovascular es la educación. Los enfermeros deben proporcionar información a los pacientes y sus familias sobre la naturaleza del Accidente Cerebrovascular, las posibles secuelas, el plan de tratamiento, las modificaciones en el estilo de vida y las estrategias de prevención. Esta educación es esencial para empoderar a la familia en el cuidado del paciente y ayudarles a tomar decisiones informadas para que puedan brindar un apoyo efectivo al paciente y participar activamente en su cuidado y rehabilitación. Puede ser una experiencia aterradora tanto para el paciente como para la familia. Los enfermeros desempeñan un papel crucial en el apoyo emocional, brindando comprensión y empatía a quienes están pasando por esta situación.

5 Discusión-Conclusión

La educación familiar proporcionada por la enfermera es esencial para capacitar a la familia en el cuidado del paciente con un Accidente Cerebrovascular y mejorar la calidad de vida del paciente a largo plazo. Una familia informada y preparada está en una mejor posición para brindar el apoyo necesario y contribuir al proceso de recuperación del paciente.

En estos casos tener un personal de enfermería dispuesto a ayudar, contribuir y facilitar todo el proceso es esencial para todos, especialmente para los familiares, debido al gran peso emocional que conlleva vivir una situación de este tipo. Por ello, el personal de enfermería debe tener aptitudes y actitudes que faciliten la comunicación, proporcionar técnicas o estrategias, tener la capacidad de transmitir el apoyo emocional necesario e informar de los recursos comunitario u organizaciones de apoyo para que así los familiares encuentren la atención y rehabilitación necesaria. Además, tal y como hemos mencionado anteriormente la recuperación de un paciente de este tipo en muchas ocasiones es dinámica e impredecible, por lo que es básico educar a la familia para que sea capaz de reconocer los signos de alarmar o advertencia de complicaciones que conlleven una emergencia.

Para finalizar este trabajo, tras resumir y detallar la información encontrada podemos afirmar que el papel de enfermería en el manejo del Accidente Cerebrovascular y la educación familiar es multifacético y esencial para garantizar una atención de calidad. Los enfermeros no solo proporcionan cuidados clínicos, sino que también desempeñan un papel crucial en el apoyo emocional y la educación, lo que contribuye en gran medida al bienestar del paciente y su familia durante todo el proceso de recuperación.

6 Bibliografía

- Pubmed, Medline, y Scielo

Capítulo 544

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGÍA

RAQUEL CASTILLO MARTÍNEZ

MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA SÁEZ

LOURDES NAVARRO COLMENERO

LORENA AUÑON YEPES

1 Introducción

La unidad de pruebas especiales de cardiología es un entorno médico especializado en el que se realizan una variedad de pruebas y procedimientos cardíacos avanzados para diagnosticar y tratar enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos. En esta introducción, exploraremos el papel crucial de la enfermera en esta unidad, destacando sus funciones y responsabilidades clave de la enfermera en el cuidado postoperatorio en la unidad de pruebas especiales de cardiología. La enfermera en esta unidad desempeña un papel fundamental en la atención integral de los pacientes cardiológicos y en la garantía de la seguridad, comodidad y bienestar durante su estancia en la unidad.

El cuidado postoperatorio de la enfermera en la unidad de pruebas especiales de cardiología es fundamental para garantizar la recuperación exitosa de los pacientes que han sido sometidos a procedimientos cardiológicos avanzados. Las

enfermeras desempeñan un papel esencial en esta fase, brindando atención especializada y monitoreo continuo.

En general, una unidad de cardiología suele contar con un equipo de enfermeros especializados en el cuidado de pacientes con afecciones cardíacas. Este equipo puede incluir enfermeros clínicos, enfermeros especializados en cardiología, enfermeros de práctica avanzada en cardiología y otros profesionales de la enfermería. El número de enfermeros se ajustará a la demanda de pacientes y al nivel de atención requerido.

2 Objetivos

- Explicar las funciones y responsabilidades clave de la enfermera en el cuidado postoperatorio en la unidad de pruebas especiales de cardiología.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación, se describen algunas de las funciones y responsabilidades clave de la enfermera en el cuidado postoperatorio de esta unidad:

- Vigilancia continua: Las enfermeras realizan una vigilancia constante de los signos vitales del paciente, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno. Esto les permite detectar cualquier cambio en la condición del paciente de manera temprana.
- Control del ritmo cardíaco: Si el paciente ha sido sometido a un procedimiento que involucra la manipulación del ritmo cardíaco, como una ablación o un implante de marcapasos, la enfermera monitorea el ritmo cardíaco del paciente y toma medidas si se producen arritmias u otros problemas.

- Administración de medicamentos: La enfermera administra medicamentos según las órdenes médicas, lo que puede incluir analgésicos, antiarrítmicos, anticoagulantes y otros medicamentos específicos para el tratamiento cardíaco.
- Manejo de dispositivos: Si el paciente ha recibido un dispositivo médico, como un marcapasos o un desfibrilador, la enfermera se asegura de que funcione correctamente y de que el paciente comprenda cómo cuidarlo.
- Evaluación de heridas: Si se realizó una incisión durante el procedimiento, la enfermera evalúa y cuida la herida para prevenir infecciones y promover una cicatrización adecuada.
- Manejo de complicaciones: En caso de que se presenten complicaciones, como sangrado, hematomas, reacciones alérgicas o cambios en el estado mental del paciente, la enfermera toma medidas inmediatas y comunica la situación al equipo médico.
- Preparación para el alta: Coordinar y preparar al paciente para el alta de la unidad, asegurándose de que esté en condiciones de recibir atención en casa y de seguir las indicaciones médicas.

El cuidado postoperatorio en la unidad de pruebas especiales de cardiología es crítico para la recuperación exitosa de los pacientes y la prevención de complicaciones. Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la atención integral de estos pacientes, garantizando su seguridad y bienestar mientras se recuperan de procedimientos cardíacos avanzados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cuidado postoperatorio de la enfermera en la unidad de pruebas especiales de cardiología es esencial para garantizar la recuperación exitosa de los pacientes que han sido sometidos a procedimientos cardiológicos avanzados. Las enfermeras desempeñan un papel crucial en esta fase, brindando atención especializada y monitoreo continuo para asegurarse de que los pacientes estén seguros y cómodos.

El objetivo final es garantizar que los pacientes se recuperen de manera óptima, evitando complicaciones y promoviendo su bienestar cardíaco. El trabajo de la enfermera en esta unidad contribuye significativamente a la calidad de la atención y a la satisfacción del paciente, al tiempo que desempeña un papel fundamental

en la mejora de la salud cardiovascular de quienes reciben tratamiento en esta especialidad médica.

6 Bibliografía

- <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-capitulo-7-papel-enfermera-unidades-S0120563316000139>

Capítulo 545

EL ENFERMERO EN QUIROFANO

MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA SÁEZ

RAQUEL CASTILLO MARTÍNEZ

LOURDES NAVARRO COLMENERO

LORENA AUÑON YEPES

1 Introducción

El enfermero o enfermera en el quirófano, también conocido como enfermero quirúrgico, desempeña un papel fundamental en el equipo de atención médica durante los procedimientos quirúrgicos. Su presencia y habilidades son esenciales para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente antes, durante y después de la cirugía. En esta introducción, exploraremos las funciones y responsabilidades clave que un enfermero en quirófano lleva a cabo en este entorno crítico de atención médica.

El quirófano es un ambiente altamente especializado y controlado, donde se realizan intervenciones quirúrgicas que pueden ser tanto programadas como de emergencia. El enfermero en quirófano trabaja en estrecha colaboración con el cirujano, el anestesiólogo y otros profesionales de la salud para garantizar que el procedimiento se lleve a cabo de manera segura y eficiente. Su rol abarca desde la preparación del quirófano y el equipo hasta el cuidado del paciente durante la cirugía y la transición a la recuperación postoperatoria.

A lo largo de esta exploración, detallaremos las tareas y funciones específicas del enfermero en quirófano, que incluyen la preparación del entorno quirúrgico,

la asistencia durante la cirugía, la gestión de la seguridad del paciente y la colaboración interdisciplinaria. También destacaremos la importancia de la comunicación y la vigilancia constante para garantizar el éxito de la operación y el cuidado integral del paciente en el quirófano.

2 Objetivos

- Explicar paso a paso las funciones en la asistencia al cirujano por parte del enfermero en quirófano durante los procedimientos quirúrgicos.

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 al cirujano por parte del enfermero en quirófano es una de las funciones clave de este profesional durante los procedimientos quirúrgicos. El enfermero quirúrgico trabaja en estrecha colaboración con el cirujano para garantizar un entorno quirúrgico seguro y eficiente. A continuación, se describen las responsabilidades específicas relacionadas con la asistencia al cirujano:

- Preparación de Instrumentos y Suministros: El enfermero quirúrgico se encarga de preparar y organizar los instrumentos quirúrgicos y suministros necesarios antes de la cirugía. Esto incluye verificar la disponibilidad de instrumentos esterilizados y asegurarse de que estén listos para su uso.
- Ayuda en la Colocación del Paciente: Ayuda al cirujano en la colocación del paciente en la mesa de operaciones, asegurándose de que esté posicionado de manera adecuada para el procedimiento. Esto puede incluir la colocación de almohadas o cojines para mantener una posición cómoda y segura.
- Proporcionar Instrumentos y Suministros durante la Cirugía: Durante la cirugía, el enfermero quirúrgico entrega instrumentos y suministros al cirujano según sea

necesario. Esto requiere un conocimiento profundo de los instrumentos quirúrgicos y una coordinación efectiva con el cirujano.

- Mantener un Registro de Instrumentos: Realiza un registro de todos los instrumentos utilizados durante la cirugía y se asegura de que se cuente y verifique cada uno de ellos antes de que el paciente sea suturado. Esto ayuda a prevenir la dejación de objetos dentro del paciente.
- Manejo de Tejidos y Fluidos: Puede ayudar al cirujano en el manejo de tejidos y fluidos durante la cirugía, lo que puede incluir el uso de dispositivos de aspiración y compresión.
- Seguridad del Paciente: Monitorea continuamente al paciente durante la cirugía, prestando atención a las señales vitales y asegurándose de que esté bien posicionado en la mesa de operaciones para evitar lesiones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la asistencia al cirujano por parte del enfermero en quirófano desempeña un papel esencial en la realización segura y efectiva de procedimientos quirúrgicos. El enfermero quirúrgico trabaja en estrecha colaboración con el cirujano y otros miembros del equipo quirúrgico para garantizar que el entorno quirúrgico esté adecuadamente preparado y que el paciente reciba atención de alta calidad.

Desde la preparación de instrumentos y suministros hasta la entrega de herramientas durante la cirugía y el seguimiento constante del paciente, el enfermero quirúrgico juega un papel multifacético. Además, su responsabilidad de mantener un ambiente estéril, registrar los instrumentos utilizados y garantizar la seguridad del paciente contribuye en gran medida al éxito de la operación y la recuperación postoperatoria.

La comunicación efectiva con el cirujano y otros miembros del equipo quirúrgico es fundamental para coordinar eficazmente todas las acciones en el quirófano. Además, el control de infecciones y el cumplimiento de prácticas de esterilización son esenciales para prevenir complicaciones posquirúrgicas.

6 Bibliografía

- Pubmed, Medline, y Scielo

Capítulo 546

FUNCIONES EN EL ÁREA DE DONACIONES DE PLAQUETAS HOSPITALARIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARINELA BARRAJON INSERTI

MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ

MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA

M^a TERESA LÁZARO SÁEZ

JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ

1 Introducción

El área de donaciones de plaquetas hospitalarias es un componente crítico en la atención médica, ya que las plaquetas son esenciales para la coagulación de la sangre y el tratamiento de pacientes con diversas condiciones médicas. El auxiliar administrativo desempeña un papel importante en este contexto, ayudando a garantizar que el proceso de donación de plaquetas se realice de manera eficiente y que se cumplan todos los requisitos legales y de seguridad.

La comunicación con los donantes es esencial para mantener una base de donantes comprometida y asegurarse de que las donaciones se realicen de manera efectiva y segura. Un auxiliar administrativo que sea amable, atento y eficiente

en la comunicación puede contribuir significativamente al éxito de los programas de donación.

Mantener registros precisos y respetar la confidencialidad de los donantes es fundamental en todas las interacciones. En última instancia, una comunicación amigable, informativa y orientada al servicio puede marcar la diferencia en la disposición de las personas a donar y en la construcción de relaciones sólidas con los donantes que contribuyen al bienestar de la comunidad y de aquellos que dependen de estas donaciones para su salud y supervivencia. Garantizar que la información personal y médica de los donantes se maneje con absoluta confidencialidad y cumpla con las leyes de privacidad y regulaciones aplicables.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de la comunicación efectiva con los donantes en cualquier programa de donación por parte del auxiliar administrativo.

3 Metodología

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

4 Resultados

La comunicación efectiva con los donantes es fundamental para el éxito de cualquier programa de donación, ya que puede influir en la disposición de las personas a donar y mantener una base de donantes comprometida y leal. El auxiliar administrativo en el contexto de donaciones desempeña un papel importante en esta área. Aquí están algunas de las funciones clave en la comunicación con donantes que un auxiliar administrativo puede realizar:

- Información inicial: Proporcionar información clara y completa a los donantes potenciales sobre el proceso de donación, los requisitos previos, las restricciones y los beneficios de la donación. Esto puede incluir folletos informativos, llamadas telefónicas o correos electrónicos explicativos.

- Programación de citas: Coordinar y programar las citas de donación según la disponibilidad de los donantes y las necesidades del centro de donación. Esto implica la capacidad de programar citas convenientes y recordar a los donantes sobre sus próximas donaciones.
- Respuesta a preguntas: Estar preparado para responder a las preguntas y preocupaciones de los donantes de manera precisa y amable. Esto puede incluir consultas sobre el proceso de donación, los efectos secundarios, la seguridad y cualquier otra duda que puedan tener.
- Seguimiento post-donación: Después de que un donante haya hecho una donación, el auxiliar administrativo puede seguir en contacto para agradecerles su contribución, proporcionar información sobre su donación y cualquier seguimiento necesario, como pruebas de laboratorio o resultados.
- Recordatorios de donación: Enviar recordatorios amigables a los donantes antes de sus citas programadas para asegurarse de que no olviden su compromiso de donación.
- Problemas y quejas: Gestionar de manera efectiva cualquier problema o queja que los donantes puedan tener. Escuchar sus preocupaciones y trabajar para resolver cualquier problema de manera satisfactoria.
- Fomentar la donación recurrente: Animar a los donantes a que vuelvan a donar de forma regular, explicando la importancia de las donaciones continuas y cómo su contribución ayuda a salvar vidas.
- Educación y sensibilización: Participar en programas de educación y sensibilización para promover la donación de sangre y otros tipos de donaciones, como donación de órganos o médula ósea. Esto puede incluir la organización de eventos de divulgación en la comunidad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la comunicación con los donantes desempeña un papel crucial en el éxito de los programas de donación, ya sea de sangre, plaquetas u otros tipos de donaciones. El auxiliar administrativo en este contexto tiene la responsabilidad de establecer y mantener una comunicación efectiva con los donantes para fomentar la donación, garantizar la seguridad y la satisfacción del donante, y mantener una base de donantes comprometida.

La comunicación con donantes implica proporcionar información clara y completa, programar citas de manera eficiente, responder preguntas y preocupaciones, agradecer y seguir en contacto después de las donaciones, y gestionar problemas o quejas de manera profesional. Además, el auxiliar administrativo tiene un papel en la educación y la sensibilización pública sobre la importancia de la donación y en la promoción de la donación recurrente.

6 Bibliografía

- Pubmed, Medline, y Scielo

Capítulo 547

LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

MARINELA BARRAJON INSERTI

MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ

MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA

M^a TERESA LÁZARO SÁEZ

JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ

1 Introducción

La gestión de la lista de espera quirúrgica en un entorno médico es esencial para garantizar que los pacientes reciban atención oportuna y de calidad. El auxiliar administrativo juega un papel crucial en este proceso, ayudando a coordinar y mantener registros precisos de los pacientes en lista de espera para cirugías. A lo largo de este artículo, exploraremos las funciones que desempeña el auxiliar administrativo en la gestión de la lista de espera quirúrgica y cómo estas actividades son esenciales para el funcionamiento eficiente del sistema de atención médica.

La priorización de pacientes en la lista de espera quirúrgica es una tarea delicada que requiere equilibrio entre la urgencia médica, la disponibilidad de recursos y

las necesidades individuales de los pacientes. El auxiliar administrativo desempeña un papel esencial al garantizar que esta priorización se realice de manera justa y eficiente para proporcionar atención médica oportuna a quienes más la necesitan.

En hospitales más grandes con un alto volumen de pacientes y cirugías, es posible que se requiera un equipo de varios auxiliares administrativos dedicados a la gestión de la lista de espera quirúrgica. Esto puede incluir a personas encargadas de coordinar las citas, mantener registros actualizados, comunicarse con los pacientes y asegurarse de que se sigan los protocolos adecuados.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de la función crítica que desempeña el auxiliar administrativo en la gestión de la lista de espera quirúrgica.

3 Metodología

Para la elaboración de presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para ello, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y diferentes artículos científicos con contenidos relacionados con el tema a estudio.

4 Resultados

La priorización de pacientes es una función crítica que desempeña el auxiliar administrativo en la gestión de la lista de espera quirúrgica. Esta tarea implica determinar el orden en el que los pacientes recibirán sus procedimientos quirúrgicos, teniendo en cuenta la urgencia médica y otros factores relevantes. A continuación, se detallan las funciones asociadas con la priorización de pacientes en la lista de espera quirúrgica:

- Evaluación de urgencia: Colaborar con el personal médico para evaluar la gravedad de la condición de cada paciente y la urgencia de la cirugía. Esto puede implicar revisar los registros médicos, los resultados de pruebas diagnósticas y la opinión de los especialistas para determinar la prioridad.
- Clasificación de pacientes: Clasificar a los pacientes en categorías de prioridad,

como "urgente", "semielectivo" o "electivo", según la gravedad de su condición y la necesidad de una cirugía inmediata.

- Comunicación con el equipo médico: Mantener una comunicación fluida con los cirujanos, anestesiólogos y otro personal médico para entender sus recomendaciones y consideraciones en la priorización de pacientes.
- Actualización constante: Revisar y actualizar regularmente la lista de espera quirúrgica para reflejar cambios en la condición de los pacientes y las recomendaciones médicas. Asegurarse de que los pacientes más urgentes estén en la parte superior de la lista.
- Coordinación de recursos: Coordinar con el equipo de quirófano y otros departamentos para garantizar que los recursos necesarios, como salas de operaciones y personal médico, estén disponibles para las cirugías prioritarias.
- Comunicación con pacientes: Informar a los pacientes sobre la priorización de sus cirugías y proporcionar explicaciones claras sobre el motivo de su categorización. Asegurarse de que los pacientes comprendan el proceso y sus derechos.
- Manejo de excepciones: Identificar casos excepcionales en los que un paciente que no es considerado urgente debe recibir cirugía antes debido a consideraciones clínicas específicas. Coordinar con el equipo médico y la dirección para tomar decisiones informadas sobre estos casos.

5 Discusión-Conclusión

La priorización de pacientes por parte del auxiliar administrativo en una lista de espera quirúrgica es una tarea fundamental para garantizar una atención médica efectiva y justa. A lo largo de este proceso, se deben considerar diversos factores y criterios para tomar decisiones informadas y equitativas.

En resumen, el auxiliar administrativo desempeña un papel importante en coordinar la lista de espera quirúrgica, pero debe trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico y seguir protocolos establecidos para garantizar una priorización justa y efectiva de los pacientes. El objetivo final es brindar la mejor atención médica posible dentro de los recursos disponibles y las necesidades clínicas de los pacientes.

6 Bibliografía

-Pubmed y Scielo

Capítulo 548

TRATAMIENTO Y CURA DE QUEMADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

ALBA JUÁREZ SUÁREZ

LORENA BUENDÍA GALERA

ANDREA LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La atención a pacientes quemados es un área crítica y especializada en el campo de la enfermería. Los quemados pueden experimentar lesiones devastadoras que requieren cuidados intensivos y a largo plazo para lograr la curación y la recuperación óptima. El personal de enfermería desempeña un papel esencial en la atención y el tratamiento de pacientes con quemaduras, ya que brindan atención continua y compasiva desde el momento en que ingresan al hospital hasta su rehabilitación y recuperación completa.

Algunos aspectos fundamentales de la atención de enfermería en quemaduras, incluyen la evaluación inicial de las lesiones, la gestión del dolor, la prevención de infecciones, la curación de heridas y la rehabilitación a largo plazo. Además, analizaremos las últimas tendencias y avances en el campo de la enfermería de quemados, así como los desafíos emocionales y psicológicos que enfrentan tanto los pacientes como el personal de enfermería.

Por último, es importante destacar la formación especializada por parte del personal de enfermería, la colaboración interdisciplinaria y la compasión en la atención de enfermería de quemados. La atención de enfermería en quemaduras es un campo altamente especializado y requiere un enfoque centrado en el paciente para garantizar que los pacientes reciban el mejor cuidado posible y tengan la oportunidad de recuperarse y volver a una vida plena después de una lesión tan traumática.

2 Objetivos

- Importancia de un buen tratamiento en los quemados de un paciente por parte del personal de enfermería.
- La rehabilitación del paciente y sus procesos en los que participa activamente el personal 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

El tratamiento y la cura de quemaduras por parte del personal de enfermería son procesos complejos y críticos que requieren una atención especializada y compasiva. El cuidado de pacientes con quemaduras implica una serie de pasos y enfoques fundamentales, que pueden variar según la gravedad de la quemadura y la etapa del tratamiento. Aquí te presento una descripción general de las consideraciones clave en el tratamiento y la cura de quemaduras desde la perspectiva del personal de enfermería:

1. Evaluación inicial: El primer paso en el tratamiento de quemaduras es una evaluación exhaustiva de la lesión. Los enfermeros deben determinar la profundidad y el grado de la quemadura, la extensión de la superficie afectada y cualquier posible daño a estructuras subyacentes. Esta evaluación ayudará a guiar el plan de tratamiento.

2. Gestión del dolor: El alivio del dolor es una prioridad importante en el cuidado de pacientes con quemaduras. Los enfermeros deben administrar analgésicos de manera segura y efectiva, teniendo en cuenta la intensidad del dolor y las necesidades individuales del paciente.

3. Limpieza y curación de heridas: La limpieza y la curación de las quemaduras son pasos cruciales en el tratamiento. Los enfermeros deben seguir protocolos de asepsia estrictos para evitar infecciones y promover una curación adecuada. Pueden utilizar apósitos especializados y técnicas de cuidado de heridas según las indicaciones médicas.

4. Prevención de infecciones: Dado que las quemaduras pueden aumentar el riesgo de infecciones, el personal de enfermería debe ser meticuloso en la higiene y el control de infecciones. Esto incluye la administración de antibióticos si es necesario y el seguimiento cercano de cualquier signo de infección.

5. Hidratación y nutrición: Los pacientes con quemaduras a menudo experimentan deshidratación y desequilibrios electrolíticos. Los enfermeros deben mantener un equilibrio adecuado de líquidos y electrolitos y, en algunos casos, administrar nutrición enteral o parenteral si la alimentación oral no es posible.

6. Rehabilitación: La rehabilitación es una parte esencial del tratamiento de quemaduras, y el personal de enfermería juega un papel clave en la movilización temprana, la terapia física y la promoción de la recuperación funcional del paciente.

7. Cuidado de la piel: El cuidado de la piel es continuo en el tratamiento de quemaduras, y los enfermeros deben estar atentos a la integridad de la piel circundante y prevenir úlceras por presión o contracturas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el tratamiento y la cura de quemaduras por parte del personal de enfermería representan un proceso integral y altamente especializado que abarca desde la evaluación inicial hasta la rehabilitación a largo plazo. Los enfermeros desempeñan un papel esencial en cada etapa de atención, proporcionando cuidados intensivos y compasivos a los pacientes con quemaduras. Los enfermeros deben ser expertos en el manejo de heridas, control de infecciones, administración de medicamentos, terapia del dolor y apoyo emocional. Además, deben colaborar estrechamente con otros profesionales de la salud en un enfoque

interdisciplinario para garantizar la mejor atención posible.

La prevención de infecciones, la promoción de la cicatrización de heridas y la rehabilitación efectiva son aspectos clave del tratamiento y la cura de quemaduras, y los enfermeros desempeñan un papel crucial en estos aspectos. También son educadores importantes para los pacientes y sus familias, proporcionando información sobre el autocuidado, el seguimiento médico y las expectativas realistas.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-enfermera-en-el-cuidado-de-las-quemaduras-en-atencion-primaria-articulo-monografico/>

Capítulo 549

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

ALBA JUÁREZ SUÁREZ

LORENA BUENDÍA GALERA

ANDREA LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La espirometría es una prueba de diagnóstico utilizada en medicina para evaluar la función pulmonar de un individuo, especialmente la capacidad respiratoria y la detección temprana de enfermedades respiratorias. En el contexto de la atención primaria, la espirometría desempeña un papel fundamental en la detección, el diagnóstico y el seguimiento de afecciones como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y otras enfermedades respiratorias.

La enfermería juega un papel esencial en la realización de la espirometría en atención primaria, ya que son profesionales capacitados para llevar a cabo esta prueba y proporcionar una atención integral a los pacientes. En esta serie de respuestas, exploraremos en detalle el papel de la enfermería en la realización de la espirometría en atención primaria, incluyendo las responsabilidades, las técnicas adecuadas y la importancia de esta prueba en la atención de pacientes con afecciones respiratorias.

Los profesionales de la enfermería desempeñan un papel integral en la promoción de la salud respiratoria y en la atención a pacientes con enfermedades pulmonares, contribuyendo significativamente a la mejora de la calidad de vida de las personas y al diagnóstico temprano de afecciones que, de lo contrario, podrían pasar desapercibidas. En resumen, la enfermería es un pilar fundamental en el cuidado pulmonar y la gestión de la salud en atención primaria a través de la realización de la espirometría.

2 Objetivos

- Explicar las funciones de la enfermería en la realización de la espirometría en atención primaria, incluyendo las responsabilidades, las técnicas adecuadas y la importancia de esta prueba en la atención de pacientes con afecciones respiratorias.

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 de la enfermería en la realización de la espirometría en atención primaria es esencial para garantizar una evaluación precisa de la función pulmonar de los pacientes y para ayudar en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades respiratorias. Las funciones de enfermería en la realización de la espirometría incluyen:

Preparación del paciente:

Explicar al paciente en qué consiste la espirometría y cómo se llevará a cabo el procedimiento.

Obtener el consentimiento informado del paciente para realizar la prueba.

Evaluar la capacidad del paciente para llevar a cabo la prueba y garantizar que esté en condiciones adecuadas para hacerlo.

Calibración del espirómetro:

Asegurarse de que el espirómetro esté calibrado correctamente antes de la prueba para garantizar la precisión de los resultados.

Instrucción y supervisión del paciente:

Enseñar al paciente cómo realizar la espirometría correctamente, incluyendo la técnica de soplado y la necesidad de una exhalación forzada y completa.

Supervisar al paciente durante la prueba para asegurarse de que siga las instrucciones y realice un esfuerzo adecuado.

Registro y documentación de datos:

Registrar la información demográfica del paciente, incluyendo la edad, el sexo y la altura, ya que estos datos son importantes para la interpretación de los resultados.

Registrar los valores de la espirometría, como el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y la capacidad vital forzada (CVF).

Documentar cualquier síntoma o problema que pueda surgir durante la prueba.

Gestión de la higiene y la esterilización:

Asegurarse de que todos los componentes del espirómetro estén limpios y esterilizados antes y después de cada uso para prevenir la transmisión de infecciones.

Análisis y evaluación de resultados:

Evaluar los resultados de la espirometría y compararlos con los valores normales o previos del paciente.

Identificar cualquier anomalía o patrón de flujo de aire obstructivo o restrictivo que pueda indicar una enfermedad respiratoria.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de la enfermería en la realización de la espirometría en atención primaria es esencial para la detección temprana, el diagnóstico y el seguimiento de enfermedades respiratorias. Las enfermeras y enfermeros desempeñan una serie de funciones cruciales en todo el proceso, desde la preparación del paciente hasta la evaluación de los resultados y la educación del paciente.

La enfermería asegura que la espirometría se realice de manera precisa y segura, proporcionando orientación al paciente sobre la técnica adecuada, supervisando

el proceso y registrando los datos necesarios. Además, son responsables de mantener la higiene y la esterilización del equipo, colaborar estrechamente con el equipo médico en la interpretación de los resultados y proporcionar apoyo y educación al paciente.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/intervencion-enfermeria-espirometria-forzada/>

Capítulo 550

LA DEMENCIA EN DIÁLISIS DESDE UNA ENFERMERA

LORENA BUENDÍA GALERA

ALBA JUÁREZ SUÁREZ

ANDREA LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La demencia es un trastorno cognitivo que afecta significativamente la capacidad de una persona para pensar, recordar, razonar y llevar a cabo actividades diarias. La diálisis, por otro lado, es un procedimiento médico que se utiliza para tratar la insuficiencia renal crónica, un problema de salud que puede afectar a personas de todas las edades. Cuando estos dos desafíos de salud se entrelazan, como ocurre en pacientes que requieren diálisis y que también padecen demencia, se crea una compleja situación que requiere una atención de enfermería especializada y comprensiva.

En esta serie de respuestas, exploraremos la demencia en pacientes en diálisis desde la perspectiva de una enfermera. Abordaremos los desafíos que enfrentan estos pacientes, las estrategias para proporcionar atención de calidad y el enfoque centrado en el paciente que es esencial para brindar cuidados efectivos en esta población.

La demencia en pacientes en diálisis puede variar en severidad y presentar desafíos únicos tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. Por

lo tanto, la atención de enfermería en este contexto se convierte en un aspecto crucial de la atención integral y de calidad que estos pacientes merecen.

La administración de la diálisis por parte de un enfermero es una contribución esencial y su competencia son fundamentales para el éxito del tratamiento y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de la administración de la diálisis por parte de un enfermero en una paciente con demencia

3 Metodología

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

4 Resultados

La administración de la diálisis por parte de un enfermero es una tarea crucial en el cuidado de pacientes con demencia. La diálisis es un procedimiento que implica la eliminación de toxinas y exceso de líquidos de la sangre cuando los riñones ya no pueden hacerlo adecuadamente. Aquí se describen las funciones clave de un enfermero en la administración de la diálisis:

Preparación del paciente:

- Explicar el procedimiento de diálisis al paciente, incluyendo los objetivos, la duración y los posibles efectos secundarios.
- Evaluar el estado general del paciente y su capacidad para someterse a la diálisis.

Acceso vascular:

- Evaluar y preparar el acceso vascular del paciente, que puede ser un catéter venoso central, una fístula arteriovenosa o un injerto.

- Realizar técnicas de asepsia y asegurarse de que el acceso vascular esté en condiciones adecuadas para el procedimiento.

Configuración y calibración de la máquina:

- Configurar y calibrar la máquina de diálisis según las necesidades del paciente.
- Asegurarse de que todos los componentes del equipo estén funcionando correctamente antes de comenzar la diálisis.

Monitorización del paciente:

- Monitorizar de manera continua al paciente durante la diálisis, observando signos vitales como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria.
- Vigilar el acceso vascular para detectar cualquier signo de obstrucción o complicación.

Control del flujo sanguíneo:

- Regular el flujo sanguíneo a través de la máquina de diálisis para garantizar que se eliminen las toxinas y el exceso de líquidos de manera segura y efectiva.

Anticoagulación:

- Administrar anticoagulantes, como heparina, según las indicaciones médicas para prevenir la coagulación de la sangre durante la diálisis.

Succión de líquido y desechos:

- Controlar y ajustar las tasas de ultrafiltración para eliminar el exceso de líquidos de acuerdo con la prescripción médica.
- Monitorear el proceso de eliminación de toxinas y productos de desecho.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la administración de la diálisis por parte de un enfermero en pacientes con demencia presenta desafíos únicos que requieren un enfoque especializado y compasivo. Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en garantizar que los pacientes con demencia reciban una atención de diálisis segura

y de alta calidad, al tiempo que abordan las necesidades cognitivas y emocionales específicas de estos pacientes.

Para lograrlo, es esencial que los enfermeros sean capaces de adaptar sus técnicas y comunicación a las capacidades cognitivas del paciente, proporcionando apoyo emocional adicional y manteniendo una supervisión constante durante la diálisis. También deben colaborar de manera estrecha con los familiares o cuidadores para garantizar un cuidado integral.

La administración de la diálisis en pacientes con demencia es un ejemplo de la importancia de un enfoque centrado en el paciente y la necesidad de adaptar los procedimientos médicos a las necesidades individuales de cada persona, incluso cuando enfrentan condiciones médicas complejas como la demencia.

6 Bibliografía

<https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/el-papel-de-los-enfermeros-ante-la-hemodialisis-DDIMPORT-057369/>

Capítulo 551

LA IMPORTANCIA DE UN CALZADO ADECUADO PARA LOS TRABAJADORES DE LOS HOSPITALES

NEREA GÓMEZ MENENDEZ

SERGIO GÓMEZ MENENDEZ

JUAN MANUEL GARCÍA CIENFUEGOS

BLANCA NIEVES FUNCASTA CANELO

PABLO GARCIA REQUEJO

1 Introducción

Lo más importante y lo primordial es saber que el calzado que se compre para el ámbito sanitario sea siempre homologado y que tengan su certificado correspondiente, eso es lo que exige la normativa de prevención de riesgos laborales. Al no usar un buen calzado en el ámbito laboral pueden sufrir accidentes y muchas patologías.

Dedos rotos. Esta lesión es más frecuente en los supermercados, en la industria etc.

Esguinces, fracturas y huesos rotos. Estas lesiones si pueden ocurrir en cualquier sitio del ámbito sanitario por sufrir tropezones o resbalones. También pueden sufrir algún tipo de dermatitis.

Patologías dermatológicas.

Hiperhidrosis. Es cuando aumenta la sudoración en la planta del pie.

Xerosis. Es cuando tiene la piel muy seca, áspera y con grietas produce mucho picor y la zona queda muy enrojecida.

Onicopatías. Es cuando la capa de queratina que protege el dorso de los extremos distales de los dedos se deterioran.

Onicomycosis. Son las infecciones de la uña que pueden ser producidas por los hongos, pueden provocar mal olor, tener un color de uña diferente e incluso que la uña caiga o rompa.

Dermatomicosis: Es cuando por no tener un calzado adecuado salen hongos por tener el pie con mucha humedad.

2 Objetivos

Describir qué factores se han de tener en cuenta a la hora de elegir el calzado más adecuado a utilizar 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 como Scielo, Pubmed, Elsevier. Con la palabra "calzado"

4 Resultados

Como elegir el calzado perfecto para los trabajadores del ámbito sanitario
Según la actividad de cada profesional sanitario o no sanitario, lo más importante y primordial para evitar y prevenir cualquier lesión es su calzado laboral.
Ese calzado puede llegar a evitar la mayoría de los accidentes laborales.
Cuando se lleva un calzado inadecuado tanto médicos, enfermeros, auxiliares, personal no sanitario como electricistas, planchadoras, etc. suelen sufrir accidentes laborales, algunos de esos accidentes laborales se deben a las caídas, luego pueden sufrir dolores musculares, dolores lumbares etc.

☒ Por eso es muy difícil que solo exista un único calzado para todos los profesionales sanitarios. Cada profesional según el cargo que desempeñe va a necesitar un calzado específico.

A la hora de escoger un calzado para el trabajo hay que tener en cuenta unos factores, independientemente del cargo que se desempeñe.

1. Peso. El calzado que se elija tiene que ser muy ligero para poder moverse con agilidad ya que los profesionales del personal sanitario trabajan casi siempre a contrarreloj y necesitan desplazarse de un sitio a otro lo más rápidamente posible. Por eso es primordial que el calzado sea ligero para reducir la fatiga. Por eso la gran mayoría del personal sanitario escoge los zuecos sanitarios para trabajar.

2. Antideslizamiento. Lo primordial es garantizar la seguridad de los trabajadores en sus desplazamientos. Para ello es primordial saber elegir muy bien el calzado que se va a utilizar en primer lugar que tenga la suela antideslizante y fijarse muy bien de que no resbale. Que tenga la mejores propiedades de fricción en seco y un buen dibujo que permita el agarre en superficies húmedas. Las principales causas de baja laboral son por accidentes laborales causados por caídas.

3. Resistencia. Para poder evitar otros accidentes laborales es necesario considerar la resistencia del calzado. Es necesario encontrar calzado que sea muy resistente al aceite, hidrocarburos etc. o a la absorción de energía, sobre todo para el personal que trabaja siempre expuesto a la radiación. También tiene que tener protección tanto en el talón como en el empeine para así evitar las rozaduras.

4. Limpieza e higiene. El calzado que se elija tiene que poder lavarse a temperaturas diferentes ya que en los hospitales hay muchas bacterias y virus por eso hay que desinfectar el calzado. Si se escoge un calzado que no sea fácil de lavar te durará menos que otro que se pueda lavar a temperaturas diferentes.

5. Comodidad y transpirabilidad. El personal sanitario se pasan muchísimas horas de pie por eso a la hora de escoger el calzado tienen que tener en cuenta la comodidad, ahora la mayoría del calzado están hechos con materiales transpirables, que te permiten que el pie pueda respirar y además protegen.

Ahora hay fabricantes que van dotando al calzado con otros materiales que son más homologados, como pueden ser las burbujas en las plantas que facilitan la circulación sanguínea ese es el caso de los Zuecos Calzuro. El material más confortable a largo plazo es el utilizado en zapatos cerrados es el material acolchado. Por eso el primordial a la hora de escoger un buen calzado es tener en cuenta el diseño y también sus materiales. Tiene que tener también una ventilación y transpiración en el pie muy buena porque esa es la clave tanto de higiene como de la comodidad. Hay que fijarse sobre todo en que el calzado conste de orificios para su ventilación o que esté fabricado con los tejidos transpirables correspondientes.

6. Flexibilidad. Es primordial que el calzado tenga una buena estabilidad para los profesionales, que conste de un buen contrafuerte en el talón para que cuide sobre todo la articulación del pie y también que los dedos del pie puedan moverse sin tener rozaduras no pueden quedar apretados.

7. Ergonómico y anatómico. El calzado tiene que poder ponerse y quitarse con facilidad, también tiene que aclimatarse a todos los movimientos que haga el pie para que sean eficaces, para poder reducir el cansancio y hacer fácil la marcha.

8. Amortiguación. El calzado tiene que tener una buena amortiguación para los impactos y además que pueda ayudara a disminuir las molestias de la espalda y otras dolencias musculares.

9. Homologado. El calzado tiene que traer una certificación, esa certificación verifica que el calzado ha pasado las pruebas y los controles más estrictos y que han superado muy bien todos esos requisitos que tiene que cumplir el calzado para el trabajo que tiene que desempeñar.

10. Agarre y sujeción. El calzado tiene que constar de una buena sujeción para que el pie quede bien sujeto, este seguro y cómodo.

La parte del cuerpo más importante tanto en la vida cotidiana como en la laboral es el pie, por eso es necesario tenerlos muy bien protegidos por eso el calzado tiene que tener todos los requisitos, para así evitar graves problemas.

Si el calzado no es el adecuado los pies pueden sufrir dolores de espalda, juanetes y también tener mala circulación.

5 Discusión-Conclusión

Dependiendo del puesto de los trabajadores y sus largas jornadas de trabajo, pasan muchísimas horas de pie estático o caminando muchísimo durante su jornada laboral, por eso es de vital importancia tener un buen calzado ergonómico para en primer lugar evitar lesiones y en segundo lugar para que esas lesiones no lleguen a ser de por vida. Necesitamos comprobar que todo el calzado que adquirimos tengan todos los requisitos y que cumplan con toda la normativa, en definitiva es de gran importancia que usemos un buen calzado en todos los momentos pero especialmente en nuestro ámbito sanitario porque en nuestro ámbito sanitario es donde podemos tener más accidentes y correr más riesgos.

6 Bibliografía

https://es.wikipedia.org/wiki/Calzado_de_protecci%C3%B3n

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000300009#:text=Seg%C3%BAn%20algunos%20estudios%2C%20el%2095,p%20sible%20seg%C3%BAn%20la%20actividad%20profesional .

Capítulo 552

EL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

PILAR FERNANDEZ GONZÁLEZ

MARIAM CASADO FERNANDEZ

1 Introducción

El acoso laboral está muy extendido en la industria. Comienza de manera invisible, como una broma tonta, pero se intensifica y puede llevar a graves consecuencias legales. Fomentar el respeto y crear un ambiente de trabajo positivo son fundamentales para este éxito.

Por otra parte, en lo que respecta al derecho español, el artículo 173.1 del Código establece que “el que lesione a otra persona cuya integridad resulte gravemente menoscabada, será castigado con la pena de seis meses a dos años”.

En las relaciones laborales o gubernamentales, serán castigados los que aprovechen su relación privilegiada para tratar mal o injuriando a los demás, pero sin insulto, y las circunstancias sean graves.

Las consecuencias del acoso laboral incluyen una disminución de la autoestima de la víctima y síntomas negativos de depresión y ansiedad, que debilitan a la víctima física y mentalmente.

Por otra parte, en lo que respecta al derecho español, el artículo 173.1 del Código establece que “quien lesione a otra persona cuya integridad resulte gravemente menoscabada, será reprimido con pena de seis meses a dos años”.

Hay que tener cuidado con el acoso en el ámbito laboral, ya que puede ser perjudicial para la persona que lo sufre.

2 Objetivos

Dar a conocer el problema del acoso laboral 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

Los resultados deben verse como un primer paso para que los empleados hablen con la gerencia y decidan la mejor manera de regresar al trabajo y a la vida con apoyo y apoyo psicológico; para que puedan regresar a su trabajo normal y vivir una vida mejor después de haber sido intimidados en vida laboral.

Actualmente, se estima que más del 15% de los trabajadores sufren abusos en el trabajo.

Además de las consecuencias sociales y psicológicas potencialmente importantes para la víctima, el acoso laboral también puede tener consecuencias importantes para la dirección. Esto puede conducir a una reducción de la productividad profesional, una reducción de las actividades laborales y sociales, un aumento de los conflictos en el lugar de trabajo...

La salud ocupacional y las enfermedades crónicas también pueden tener un costo financiero, siendo el comportamiento más común entre las personas que sufren abusos en el trabajo. Por otro lado, cada vez hay más casos de amenazas al trabajo de los medios de comunicación, que pueden perturbar el entorno empresarial y dificultar el establecimiento de buenas relaciones con clientes y proveedores y la atracción de talento. Finalmente, las denuncias por acoso laboral pueden acarrear multas de hasta 11.375 euros por empleado implicado y penas de prisión de entre 6 meses y 2 años para los responsables.

Los resultados mostraron que las personas que sufrieron abuso en el trabajo tenían más ansiedad, insomnio y síntomas de enfermedad y dolor que aquellos que no sufrieron abuso en el trabajo, siendo esta diferencia más pronunciada en las mujeres que en los hombres.

Además, las víctimas de violencia en el lugar de trabajo tienen más probabilidades de estar enfermas y ser adictas a las drogas, experimentar menos empatía y apoyo, y experimentar niveles más altos de insatisfacción laboral. Estos resultados indican que el acoso laboral representa una amenaza para la salud física y mental de los empleados.

5 Discusión-Conclusión

Entonces, al final de este proyecto, en primer lugar, no se debe permitir que el conflicto surja de ninguna manera desde el principio, contactar a la gerencia y explicar la situación, y se puede resolver bien, gracias a esto. Para una persona, siempre causará dificultades en el trabajo, afectará su estado de ánimo y, en última instancia, le llevará a la incapacidad de hacer un buen trabajo tanto en el trabajo como en la vida.

Para ello, creo que las empresas deberían establecer los siguientes comités de violencia laboral: Un Comité de Acoso o Comité Asesor de Acoso Laboral es el grupo responsable de obtener y manejar los informes internos de cualquier forma de violencia laboral (psicológica, sexual y/o racista).

6 Bibliografía

<https://www.personio.es/glosario/acoso-laboral/#qu-es-el-acoso-laboral>
<https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/LegalApp/Paginas/Que-hacer-si-soy-victima-de-acoso-laboral.aspx#:text=El%20trabajador%20v%C3%ADctima%20de%20una%20del%20lugar%20de%20su%20domicilio>
<https://evaluacionpsicosocial.com/project/formacion-comite-acoso-laboral/#:text=%C2%BFQu%C3%A9%20son%20las%20Comisiones%20de%20sexual%20y%20Fo%20discriminaci%C3%B3n>
<https://evaluacionpsicosocial.com/project/formacion-comite-acoso-laboral/#:text=%C2%BFQu%C3%A9%20son%20las%20Comisiones%20de%20sexual%20y%20Fo%20discriminaci%C3%B3n>

Capítulo 553

EL TÉCNICO DE RAYOS Y SU ACTUACIÓN ANTE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

LORETA CAMACHO MORENO

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

TERESA RUBIO DEL OLMO

ISRAEL AZAÑA CARRASCO

MARIA VIZCAINO GONZALEZ

1 Introducción

La actuación del técnico de rayos ante pacientes politraumatizados es de suma importancia en el ámbito de la atención médica y la radiología. En esta introducción, exploraremos el papel esencial que desempeñan los técnicos de rayos en la evaluación diagnóstica de pacientes que han sufrido traumas múltiples, como accidentes automovilísticos, caídas desde altura, lesiones deportivas graves y otros eventos traumáticos.

Un paciente politraumatizado presenta múltiples lesiones en diferentes áreas del cuerpo, lo que hace que la evaluación rápida y precisa sea esencial para determinar la gravedad de las lesiones y guiar el tratamiento adecuado. Los técnicos de rayos desempeñan un papel crucial en este proceso al realizar estudios de

diagnóstico por imágenes que ayudan a los médicos a evaluar el alcance de las lesiones y a tomar decisiones críticas sobre la atención médica.

Las lesiones en pacientes politraumatizados pueden incluir fracturas óseas, lesiones en órganos internos, lesiones en tejidos blandos y lesiones en la cabeza y el cuello. La toma de imágenes radiológicas, como radiografías, tomografías computarizadas (TC) y resonancias magnéticas (RM), es esencial para detectar y evaluar estas lesiones, lo que permite a los médicos priorizar y realizar intervenciones médicas de manera eficaz.

La actuación de los técnicos de rayos en situaciones de politraumatismo involucra una serie de funciones clave, que incluyen la preparación del paciente, la toma de imágenes de manera rápida y precisa, la colaboración efectiva con el equipo médico y el cumplimiento estricto de las pautas de seguridad radiológica.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del técnico de rayos en su actuación ante pacientes politraumatizados destacando la selección de modalidades de imagen.

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 selección de modalidades de imagen es una función crítica del técnico de rayos en su actuación ante pacientes politraumatizados. La elección adecuada de la modalidad de imagen es fundamental para obtener información diagnóstica precisa sobre las lesiones traumáticas del paciente. A continuación, se detalla esta función en el contexto de la atención a pacientes politraumatizados:

Evaluación Clínica:

- Antes de realizar cualquier estudio de diagnóstico por imágenes, el técnico de rayos debe obtener información sobre la historia clínica del paciente y los detalles del traumatismo. Esto incluye conocer la mecánica del trauma, la ubicación de las lesiones reportadas y cualquier información relevante sobre el estado del paciente.

Determinación de la Gravedad:

- Basándose en la información clínica disponible, el técnico de rayos debe evaluar la gravedad de las lesiones y la urgencia de la evaluación diagnóstica.
- Las lesiones que amenazan la vida o que requieren una intervención inmediata deben abordarse con prioridad.

Selección de Modalidades:

- En función de la evaluación clínica y la gravedad de las lesiones, el técnico de rayos debe determinar qué modalidad de imagen es la más adecuada para evaluar las lesiones traumáticas.
- Las modalidades de imagen comunes incluyen radiografías convencionales, tomografías computarizadas (TC), resonancias magnéticas (RM) y ecografías. La elección depende de la región anatómica y la información que se necesita.

Radiografías Convencionales:

- Las radiografías son útiles para evaluar fracturas óseas y detectar lesiones en el tórax, el abdomen y las extremidades.
- Se pueden realizar radiografías estándar o proyecciones específicas según las necesidades clínicas.

Tomografías Computarizadas (TC):

- La TC es especialmente valiosa para evaluar lesiones en el cerebro, la columna vertebral, el tórax, el abdomen y la pelvis.
- Proporciona imágenes detalladas en cortes transversales que permiten una evaluación precisa de las lesiones internas.

Resonancias Magnéticas (RM):

- La RM se utiliza para evaluar lesiones en tejidos blandos, como músculos, ligamentos y órganos internos.
- Es especialmente útil para detectar lesiones en la médula espinal y el sistema nervioso central.

Ecografías:

- Las ecografías son útiles para evaluar lesiones en órganos abdominales y tejidos blandos, así como para detectar hemorragias internas.
- Son seguras y no invasivas, lo que las hace apropiadas en ciertas situaciones.

Coordinación con el Equipo Médico:

- El técnico de rayos debe comunicar claramente al equipo médico la modalidad de imagen seleccionada y la razón detrás de esa elección.
- Trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico es esencial para asegurarse de que se obtengan las imágenes necesarias para una evaluación diagnóstica completa.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la actuación del técnico de rayos ante pacientes politraumatizados es de suma importancia en el contexto de la atención de emergencia y la evaluación diagnóstica de lesiones traumáticas graves. Estos profesionales desempeñan un papel crítico al proporcionar imágenes diagnósticas precisas y oportunas que guían el tratamiento médico y quirúrgico de los pacientes en situaciones de trauma.

Las funciones clave del técnico de rayos incluyen la preparación del paciente, la toma de imágenes de manera rápida y precisa, la selección adecuada de modalidades de imagen según la evaluación clínica, la colaboración efectiva con el equipo médico y el cumplimiento estricto de las normativas de seguridad radiológica.

La rapidez y la eficiencia son esenciales, ya que el tiempo es un factor crítico en la atención de pacientes politraumatizados. La capacidad de trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud y comunicar hallazgos radiológicos de manera clara y oportuna son habilidades fundamentales.

6 Bibliografía

- https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/agosto10/espana/espana_esp_06.pdf

Capítulo 554

PAPEL DEL TECNICO DE RAYOS DURANTE LA ESTEREOTAXIA EN MESA PRONA

LORETA CAMACHO MORENO

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

TERESA RUBIO DEL OLMO

ISRAEL AZAÑA CARRASCO

MARIA VIZCAINO GONZALEZ

1 Introducción

La estereotaxia en mesa prona es un procedimiento especializado que se utiliza en radiología intervencionista para realizar biopsias y tratamientos precisos en lesiones o áreas específicas del cuerpo. En esta introducción, exploraremos el papel crucial que desempeña el técnico de rayos en la estereotaxia en mesa prona, un procedimiento que requiere alta precisión y coordinación con el equipo médico.

La estereotaxia en mesa prona implica la toma de imágenes de alta resolución, la planificación tridimensional y la guía en tiempo real para acceder a áreas profundas del cuerpo, como tumores en el seno, la mama o lesiones en el cerebro. Este procedimiento se utiliza tanto para diagnóstico como para tratamiento, y se basa en imágenes radiológicas para guiar con precisión la colocación de una aguja o sonda en el sitio objetivo.

El técnico de rayos desempeña un papel central en la estereotaxia en mesa prona desde el momento en que el paciente entra en la sala de radiología hasta la finalización del procedimiento. Esto incluye la preparación del equipo de imágenes, la colocación del paciente en la mesa prona, la adquisición de imágenes de referencia y la obtención de imágenes en tiempo real durante el procedimiento.

La precisión es esencial en la estereotaxia, ya que pequeñas desviaciones pueden tener un impacto significativo en el resultado del procedimiento. El técnico de rayos debe asegurarse de que todas las imágenes sean de alta calidad y que el equipo esté calibrado adecuadamente para proporcionar la información necesaria al equipo médico.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de la precisión del procedimiento del técnico de rayos durante la estereotaxia prona para que sea efectivo el mismo.

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 de rayos durante la estereotaxia en mesa prona es fundamental para garantizar la precisión y el éxito del procedimiento. A continuación, se describen las funciones específicas que desempeña el técnico de rayos en este contexto:

Preparación del Equipo y Sala:

- Asegurar que el equipo de imágenes esté en funcionamiento adecuado y calibrado correctamente para obtener imágenes de alta resolución.
- Verificar que todos los suministros necesarios, como agujas, sondas y otros dispositivos de guía, estén disponibles y esterilizados.

Preparación del Paciente:

- Colaborar con el paciente para explicar el procedimiento y responder a sus preguntas o preocupaciones.
- Ayudar al paciente a posicionarse de manera adecuada en la mesa prona y garantizar su comodidad y seguridad durante todo el procedimiento.

Adquisición de Imágenes de Referencia:

- Tomar imágenes de referencia de alta calidad utilizando técnicas de imagen especializadas, como tomografía computarizada (TC) o imágenes por resonancia magnética (RM).
- Asegurarse de que estas imágenes sean lo más precisas posible para guiar con precisión la colocación de la aguja o sonda durante el procedimiento.

Apoyo durante el Procedimiento:

- Proporcionar asistencia constante al equipo médico durante la colocación de la aguja o sonda en el sitio objetivo.
- Obtener imágenes en tiempo real durante el procedimiento para guiar la navegación y confirmar la ubicación de la aguja.

Ajustes en Tiempo Real:

- Realizar ajustes en el equipo de imágenes según las indicaciones del equipo médico para garantizar la precisión y la orientación adecuada de la aguja o sonda.
- Comunicar cualquier desviación o dificultad técnica al equipo médico de manera oportuna para tomar decisiones informadas.

Radioprotección:

- Utilizar protectores radiológicos, como delantales plomados y protectores de tiroides, para minimizar la exposición a la radiación tanto para el paciente como para el personal.
- Asegurarse de que el equipo médico y el paciente estén debidamente protegidos.

Documentación y Registro:

- Mantener registros precisos de cada aspecto del procedimiento, incluyendo detalles sobre las imágenes de referencia, los ajustes realizados y las imágenes en tiempo real.
- Asegurarse de que la documentación cumpla con las regulaciones de privacidad

y confidencialidad de la información médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del técnico de rayos durante la estereotaxia en mesa prona es esencial para asegurar el éxito y la precisión de este procedimiento avanzado en radiología intervencionista. Su contribución se extiende desde la preparación del equipo y del paciente hasta la adquisición de imágenes de alta calidad y la asistencia en tiempo real durante el procedimiento.

La estereotaxia en mesa prona es una técnica que requiere una coordinación meticulosa y una comunicación efectiva con el equipo médico, incluyendo radiólogos intervencionistas y cirujanos. La habilidad del técnico de rayos para obtener imágenes de referencia precisas y guiar con precisión la colocación de agujas o sondas en el sitio objetivo es crucial para el éxito del procedimiento.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed y Scielo

Capítulo 555

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE RAYOS EN UNA EXTRAVASACIÓN POR CONTRASTE INTRAVENOSO

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

LORETA CAMACHO MORENO

TERESA RUBIO DEL OLMO

ISRAEL AZAÑA CARRASCO

MARIA VIZCAINO GONZALEZ

1 Introducción

En esta introducción, exploraremos el papel fundamental del técnico de rayos en una situación de extravasación por contraste intravenoso. La extravasación ocurre cuando el contraste utilizado en procedimientos de imagen médica, como la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM), se filtra fuera de la vena y entra en los tejidos circundantes. Este evento puede tener consecuencias adversas para el paciente, y es vital que el técnico de rayos esté preparado para actuar de manera rápida y efectiva para minimizar cualquier daño potencial.

La extravasación es una complicación que puede ocurrir durante la administración de contraste intravenoso, ya sea debido a una punción venosa incorrecta, una inyección demasiado rápida o una reacción alérgica a los agentes de con-

traste. Cuando esto sucede, el contraste puede infiltrarse en los tejidos subcutáneos en lugar de circular por el sistema venoso, lo que puede resultar en dolor, inflamación, daño tisular e incluso necrosis en casos graves.

El técnico de rayos desempeña un papel clave en la detección temprana y la gestión de una extravasación. Esto incluye la observación cuidadosa de la vía intravenosa y del área donde se administró el contraste. Si se sospecha una extravasación, es fundamental que el técnico de rayos tome medidas inmediatas para minimizar el daño y garantizar la atención adecuada del paciente.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de la actuación del técnico de rayos en una extravasación por contraste intravenoso con su detección temprana y otras funciones.

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 actuación del técnico de rayos en una extravasación por contraste intravenoso implica una serie de funciones críticas para asegurar la detección temprana y la gestión adecuada de esta complicación. Aquí se describen las funciones específicas que desempeña el técnico de rayos en esta situación:

Vigilancia Activa:

Observar de manera continua al paciente durante la administración del contraste intravenoso para detectar cualquier signo temprano de extravasación, como enrojecimiento, hinchazón, dolor o molestias en el sitio de la inyección.

Detección Rápida:

Si se sospecha una extravasación, interrumpir de inmediato la administración del contraste y retirar la aguja o el catéter intravenoso.

Notificar al equipo médico, incluyendo al radiólogo y al enfermero responsable, sobre la posible extravasación.

Documentación Precisa:

Registrar de manera detallada la extravasación en el expediente del paciente, incluyendo la cantidad y el tipo de contraste infiltrado, la ubicación exacta y los signos clínicos observados.

Comunicación Efectiva:

Informar de manera efectiva al equipo médico sobre la extravasación y proporcionar información relevante sobre el evento, como el momento de inicio, los síntomas del paciente y cualquier intervención realizada.

Gestión Inmediata:

Bajo la dirección del equipo médico, implementar medidas para minimizar el daño tisular, como aplicar calor o frío local (según sea apropiado), elevar el miembro afectado y administrar medicamentos específicos si es necesario para reducir la inflamación o el dolor.

Cumplimiento de Protocolos y Normativas:

Seguir los protocolos y directrices establecidos por la institución médica para la gestión de extravasaciones por contraste intravenoso.

Cumplir rigurosamente con las normativas de seguridad radiológica y protección del paciente en todo momento.

Cumplimiento de Protocolos y Normativas:

Seguir los protocolos y directrices establecidos por la institución médica para la gestión de extravasaciones por contraste intravenoso.

Cumplir rigurosamente con las normativas de seguridad radiológica y protección del paciente en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la actuación del técnico de rayos en una extravasación por contraste intravenoso es fundamental para garantizar la detección temprana y la gestión adecuada de esta complicación. Las extravasaciones pueden ocurrir durante procedimientos de imagen médica que involucran la administración de contraste intravenoso, y su detección y manejo oportunos son esenciales para minimizar el riesgo de daño tisular y garantizar la seguridad del paciente.

Las funciones específicas del técnico de rayos en esta situación incluyen la vigilancia activa durante la administración del contraste, la detección rápida de signos de extravasación, la interrupción inmediata de la administración del contraste, la notificación al equipo médico, la documentación precisa, la gestión de medidas inmediatas bajo supervisión médica y el seguimiento continuo de la condición del paciente y el área afectada.

6 Bibliografía

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082015000400006

Capítulo 556

PREVENTIVA Y SEGURIDAD EN LA MANIPULACIÓN DE PRODUCTOS QUÍMICOS EN EL ÁMBITO LABORAL

CAROLINA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

ELSA AZNAR DÍAZ

MÓNICA PRUNEDA BODE

1 Introducción

Los productos químicos son compuestos fabricados a través de complejos procesos industriales, pueden ser sustancias puras o mezclas de sustancias. Su uso está generalizado en nuestra sociedad y tiene una amplia presencia en nuestra vida cotidiana, lo que puede suponer un riesgo para la salud si no se utilizan correctamente.

Todos los productos químicos llevan intrínseco un peligro o un perjuicio derivado de su propia naturaleza. Pero al riesgo generado por ellos debemos añadir los riesgos o perjuicios derivados de su manipulación.

Es de suma importancia conocer las normativas vigentes, medidas técnicas y organizativas de protección en caso de manipulación y accidente. En estos procesos es necesario prestar la mayor atención posible y tomar todas las medidas preventivas disponibles.

El riesgo químico es aquel que se deriva del uso o la presencia de sustancias químicas peligrosas. Se considera peligrosa cuando puede provocar incendios y

explosiones, cuando es peligrosa para la salud y cuando es peligrosa para el medio ambiente.

No solo puede ser peligrosa en su manipulación, también en su almacenamiento y en el proceso de recogida o transporte para el tratamiento en el vertedero.

Los productos químicos se identifican, si es una sustancia química debe indicarse su nombre químico mediante una denominación autorizada en la normativa. Si se trata de un preparado, además del nombre comercial, hay que identificar el nombre químico de las sustancias presentes.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es exponer los distintos tipos de peligros y actuaciones preventivas ante la manipulación de los productos químicos.

Describir las ventajas e inconvenientes del conocimiento de los productos, su peligrosidad, manejo y las diferentes operaciones mas habituales llevadas a cabo con los productos químicos.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se buscó información sobre el tema en diferentes bases de datos como Google académico, Scielo y se empleó la búsqueda de palabras como productos químicos, gestión de productos, prevención ante peligros químicos. Se extrajo la información necesaria para exponer la diferencia entre el conocimiento de la prevención y los riesgos de un accidente.

4 Resultados

La manipulación de productos químicos implica conocer su peligrosidad. Algunas de las operaciones que pueden conllevar peligrosidad son: trasvase y utilización de productos en general, almacenamiento de productos, operaciones de carga y descarga y transporte. Cualquiera de estas operaciones exige tener en cuenta la compatibilidad de los productos de la cual dependerá su manejo. En el momento de trabajar con sustancias químicas se aplican las siguientes normas: utilizar los elementos de protección personal, no probar ninguna sustancia química, no olfatear directamente el contenido de un frasco, cerrar los frascos de reactivos después de su uso (durante su utilización los tapones deben depositarse siempre boca arriba sobre la mesa), no llenar los envase hasta la totalidad de su

capacidad para evitar salpicaduras y derrames, identificar de manera correcta las sustancias de trabajo, teniendo en cuenta la información contenida en las fichas de seguridad y las precauciones individuales de los reactivos de partida para la preparación de mezclas, no calentar los líquidos inflamables ni acercarlos a un mechero o fuentes de calor,...

Para la elección de un equipo de protección personal y colectivo se debe de conocer las vías por las que las sustancias químicas puedan entrar en el organismo humano. Son diferentes vías: respiratoria, oral, dérmica y parenteral. la vía respiratoria (inhalación): es la principal vía de ingreso al organismo. Por esta vía los contaminantes entran en forma de material articulado, vapores, neblinas y gases. Podrán causar irritación en el sistema respiratorio, asfixia, fibrosis pulmonar o pasar a través de los alvéolos pulmonares al torrente sanguíneo y causar lesiones en otros órganos, sistemas, producir intoxicaciones o la muerte.

La vía oral (ingestión): es la vía menos importante, en algunos casos puede darse de forma accidental.

La vía dérmica (absorción por la piel): dependiendo de sus características físicas y químicas, pueden absorberse a través de la piel e ingresar en el organismo produciendo efectos tanto locales como sistémicos. Pueden provocar desde irritación local hasta sensibilización de la persona a determinadas sustancias y la muerte.

La vía parenteral: puede producirse tanto en la piel intacta como lesionada. Cuando la piel esta lesionada la absorción se facilita y el riesgo de daño al organismo es mayor.

Otro punto a tener en cuenta es la señalización para el buen uso de equipos e instalaciones. Hay que tener en cuenta las exigencias reglamentarias y legales en esta materia, pero también hay que conocer el tipo de señales de seguridad y salud existentes, así como los criterios de empleo de las mismas.

El Real Decreto 485/1997, de señalización de seguridad y salud en el trabajo, obliga al empresario a utilizar toda la señalización de seguridad que sea necesaria y útil para controlar los riesgos.

La finalidad de la señalización es llamar la atención sobre situaciones de riesgo de una forma rápida y fácilmente comprensible. La falta de señalización de seguridad incrementa el riesgo en la medida en que priva al trabajador de la mas elemental información sobre el riesgo y la manera de evitarlo.

Las señales de seguridad sirven para informar o advertir de la existencia de un riesgo o peligro. La señalización puede ser de tipo visual, acústico, olfativo y táctil, pero las mas usadas son las señales visuales y acústicas. Pueden ser provisionales o permanentes, nunca pueden sustituir a las medidas técnicas y organizativas de protección colectiva y deberán utilizarse cuando no haya sido posible eliminar

los riesgos o reducirlos suficientemente.

En caso de vertidos o derrames accidentales los trabajadores deben actuar rápidamente, recogiendo inmediatamente el producto derramado evitando su evaporación y daños sobre las instalaciones. El procedimiento varía en función de las características del producto, inflamable, ácido,... existiendo diferentes absorbentes y neutralizadores en el mercado. La utilización de los equipos de protección se llevará a cabo en función de las características de peligrosidad del producto vertido por lo que se debe de consultar la ficha de datos de seguridad. Todos los productos químicos llevan en su etiqueta indicaciones de peligro y consejos de prudencia. Se recomienda , de manera general, la utilización de guantes, delantal impermeable y gafas de seguridad.

La manipulación de productos químicos conlleva un riesgo por lo que todas las personas que pueden realizar esa labor deben estar informados acerca de como manipularlos para evitar que dichos riesgos se materialicen en accidentes. Dependiendo del tipo de producto sus peculiaridades hacen que el riesgo se pueda materializar de forma distinta, explosivos, inflamables, comburentes, gases comprimidos o licuados, corrosivos, tóxicos,...

5 Discusión-Conclusión

Seguir las normativas vigentes sobre prevención junto con el conocimiento de los peligros que conlleva la manipulación de productos químicos nos ayudaría a prevenir o incluso a evitar muchos accidentes en nuestro trabajo. La formación continua de los trabajadores junto con actividades asociadas deberían ser obligatorias para evitarlos. Todo esto junto con las obligaciones del empresario debería de ser suficiente para el mejor funcionamiento del trabajo dentro de lo que conlleva el peligro de manipular estos materiales. Existen otros factores externos dentro de la actividad laboral como el estrés, turnos, conciliación, que inevitablemente juegan un punto importante a la hora de la manipulación.

6 Bibliografía

1. <https://www.google.academico.es>
2. <https://www.scielo.org/es/>
3. <https://www.wikipedia.org>
4. <https://www.boe.es>

Capítulo 557

LA VACUNACIÓN DEL TRABAJADOR EN EL SECTOR SANITARIO

ELSA AZNAR DÍAZ

MÓNICA PRUNEDA BODE

CAROLINA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La salud y el bienestar son de vital importancia tanto para pacientes como para personal sanitario y no sanitario.

Un pilar imprescindible para garantizar la calidad y la seguridad de la atención médica es la vacunación de los trabajadores en el sector sanitario; esto permitirá que estemos todos y cada uno de nosotros cubiertos e inmunizados ante posibles enfermedades, como hemos vivido recientemente con el COVID. También nos protege del contagio de enfermedades tan comunes como la gripe, varicela, y un largo etcétera. Debido a la situación relativamente reciente de la pandemia se ha concienciado más a la ciudadanía si cabe para tomar parte en las campañas de vacunación.

Hay que tener en cuenta que las vacunas, además de proteger de enfermedades absolutamente prevenibles a los propios trabajadores de la salud, también reducen la propagación de enfermedades infecciosas dentro del ámbito hospitalario.

El objetivo de este documento es explorar la importancia de la vacunación entre los profesionales de la salud. Promover una total comprensión acerca de cómo la inmunización es capaz de contribuir significativamente en la reducción de ciertas

enfermedades, y por tanto aumentar los beneficios tanto a nivel individual como colectivo. Todo esto pone de manifiesto la excelencia en la prestación de servicios que ofrece nuestro sistema de salud.

2 Objetivos

Analizar la importancia de la vacunación en el personal de salud como medida preventiva. Esta es la clave para reducir la transmisión de enfermedades infecciosas en entornos hospitalarios y comunitarios.

Evaluar los beneficios individuales y colectivos de la vacunación en el personal sanitario, incluyendo la reducción de riesgos laborales, la protección de pacientes vulnerables y la disminución de ausentismo laboral debido a enfermedades prevenibles.

3 Metodología

Para la realización de este documento se han realizado consultas en Google académico, Pubmed, 7 Steps National Patient Safety NHS, Scielo. Se han efectuado estudios acerca de la importancia de las campañas de concienciación y promoción de la vacunación dirigidas a los trabajadores de la salud. Gracias a la revisión bibliográfica de toda la información al respecto, se han podido extraer los conceptos fundamentales para la confección de este análisis.

4 Resultados

Se ha mejorado significativamente la tasa de vacunación en los últimos años. Tras la implementación de programas de promoción y facilitación de la vacunación entre el personal de salud, se observó un aumento significativo en las tasas de inmunización en comparación con años anteriores. Esto se tradujo en una mayor protección tanto para los trabajadores como para los pacientes.

La reducción de casos de enfermedades infecciosas entre trabajadores de la salud es algo evidente. Se registró una disminución sustancial en la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación, como la gripe y la hepatitis B, entre el personal sanitario vacunado. Esto derivó en menos bajas laborales y una fuerza laboral más saludable.

Por otro lado, se ha puesto de manifiesto una disminución de la transmisión de enfermedades a pacientes gracias a la vacunación del personal de la salud. Esto

ha contribuido a reducir la posibilidad de que los pacientes hospitalizados contraigan enfermedades infecciosas de origen nosocomial, lo que ha repercutido en la mejora y la seguridad y la calidad de la atención médica.

Se ha podido constatar que existe un cambio positivo en la percepción y la actitud de los trabajadores de la salud hacia la vacunación. Esto es debido a la información basada en la evidencia científica y la participación en campañas de concienciación. Es el resultado de una mayor aceptación de la inmunización.

La revisión de políticas y regulaciones en relación con la vacunación reveló que la implementación efectiva del cumplimiento de políticas efectivas está directamente relacionada con un mayor cumplimiento y una mayor tasa de vacunación. También las campañas de concienciación y educación continua se identificaron como factores clave para promover la vacunación entre el personal de la salud. Los trabajadores y trabajadoras informados y motivados mostraron una mayor disposición a vacunarse.

Hay que destacar por otro lado que existe una reducción en los costes relacionados con la atención de enfermedades prevenibles, incluyendo hospitalizaciones y tratamientos médicos.

También se han identificado buenas prácticas en la promoción de la vacunación entre el personal de la salud, incluyendo estrategias exitosas de implementación y campañas de concienciación efectivas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la vacunación del personal de la salud es un componente esencial para garantizar la seguridad y la calidad de la atención médica en el sector sanitario. A lo largo de este documento, hemos explorado los beneficios sustanciales tanto a nivel individual como colectivo que la inmunización brinda a los trabajadores de la salud y a los pacientes que atienden, dando como resultado una reducción de casos de enfermedades infecciosas y la disminución de la transmisión de patógenos en entornos hospitalarios.

Creo que hay que seguir fomentando la aceptación de la vacunación entre los trabajadores de la salud. Para conseguir lograr esto la información basada en la evidencia científica son herramientas muy poderosas para cambiar actitudes y percepciones.

Debemos seguir investigando y priorizando la vacunación del personal.

La vacunación es una inversión fundamental en la salud pública y la seguridad del paciente; es una inversión en la salud, la seguridad y la excelencia en la atención médica, y debemos continuar promoviéndola y respaldándola en todos los niveles

de nuestro sistema de salud.

Estos resultados proporcionan una visión general de los efectos positivos de la vacunación del personal de salud en el sector sanitario y respaldan la importancia de fomentar la inmunización.

6 Bibliografía

1. www.vacunas.org
2. Ministerio de salud www.mscbs.gob.es
3. National Center for Biotechnology Information www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles

Capítulo 558

ACTUACIÓN CONTRA EL RIESGO ELÉCTRICO EN EL ÁMBITO LABORAL SANITARIO

ELSA AZNAR DÍAZ

MÓNICA PRUNEDA BODE

CAROLINA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La seguridad eléctrica en el ámbito laboral sanitario y no sanitario es una preocupación que no puede pasarse por alto, debido al alto riesgo que esto supone. La exposición a peligros eléctricos puede tener consecuencias devastadoras tanto para los profesionales de la salud, para los pacientes, como para otros trabajadores en cualquier otro sector profesional. Desde electrocuciones hasta interrupciones en el suministro eléctrico que afectan a equipos vitales, la gestión efectiva del riesgo eléctrico es una prioridad crítica para garantizar la continuidad de la atención médica y la seguridad de todos los involucrados.

Este documento se propone explorar el riesgo eléctrico en el ámbito laboral, identificando los peligros potenciales, evaluando las mejores prácticas de seguridad y proporcionando orientación esencial para prevenir accidentes relacionados con la electricidad en entornos laborales. A través de la comprensión de las normativas, la formación del personal y la implementación de políticas de seguridad robustas, podemos reducir significativamente el riesgo eléctrico y salvaguardar la integridad de los trabajadores y trabajadoras.

La prevención de accidentes eléctricos es fundamental para preservar la salud y el bienestar de todos los involucrados en los diferentes sectores laborales y para garantizar que la tecnología eléctrica siga siendo un aliado confiable en el cuidado de la salud.

2 Objetivos

Dar a conocer pautas para actuar contra el riesgo eléctrico en el ámbito laboral sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración de este documento se han realizado consultas en Google académico, Scielo. Se han efectuado también indagaciones sobre prevención de riesgos laborales acerca de la importancia de las correctas identificaciones de fuentes de riesgo eléctrico en el entorno laboral sanitario y no sanitario. Gracias a la revisión bibliográfica de toda la información al respecto, se han podido extraer los conceptos fundamentales para la confección de este análisis.

4 Resultados

Uno de los logros más destacado que se pretende alcanzar es la reducción en el número de incidentes eléctricos en el lugar de trabajo. Con la implementación de políticas de seguridad, inspecciones regulares y una mayor concienciación entre los empleados conseguiremos una disminución notable en accidentes, lesiones y daños a la propiedad relacionados con la electricidad.

Debemos conseguir seguridad entre el personal y una mejora sustancial. La identificación y mitigación de riesgos eléctricos ha de ser un objetivo para crear un ambiente de trabajo más seguro. La inversión en equipos de protección personal y la capacitación efectiva contribuirán a reducir la exposición de los empleados a peligros eléctricos.

Queda pendiente alcanzar un alto nivel de cumplimiento con las regulaciones y estándares relacionados con la seguridad eléctrica, la revisión de las normativas y la adaptación de políticas y procedimientos asegurarán que las empresas estén al día con las mejores prácticas y los requisitos legales.

La concienciación sobre los riesgos eléctricos debe aumentar entre el personal. Esto es fundamental. Campañas de sensibilización y programas de formación han

de implantarse, educando a los empleados sobre los riesgos y la importancia de las prácticas seguras en el manejo de equipos eléctricos.

La inversión en medidas de seguridad eléctrica resultará en una reducción de costos. Menos gastos relacionados con reparaciones, mantenimiento y reemplazo de equipos dañados por incidentes eléctricos beneficiará significativamente las finanzas de las empresas y organizaciones.

Los programas de formación son una herramienta para que los empleados adquieran conocimientos y habilidades para prevenir y responder a incidentes eléctricos. La capacitación efectiva contribuirá a un ambiente de trabajo más seguro y consciente.

Como resultado a todas estas medidas expuestas obtendremos unas sustanciosas mejoras en seguridad contra el riesgo eléctrico en el entorno de trabajo. Nuestro compromiso con la seguridad y el bienestar de los empleados debe ser prioritario. La gestión efectiva de los riesgos eléctricos no solo mejorará la seguridad, sino que también contribuirá a una operación más eficiente y sostenible. Tendremos que trabajar en esta dirección, enfocados en la mejora continua y en la protección de los trabajadores sanitarios y no sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Pienso que la seguridad eléctrica no solo es una cuestión de cumplimiento normativo, sino una inversión inteligente para afianzar la seguridad de todos los trabajadores y trabajadoras en los ámbitos de trabajo, sea sanitario o no.

Es crucial recordar que la seguridad eléctrica es un compromiso en constante evolución. La mejora continua y la adaptación a los cambios en la tecnología y los riesgos eléctricos son esenciales para mantener un entorno laboral seguro y eficiente.

En consecuencia, la última actuación contra el riesgo eléctrico es una responsabilidad compartida que involucra a todos los miembros de la organización. Cada empleado tiene un papel que desempeñar en la promoción de la seguridad eléctrica, desde la alta dirección hasta el personal de primera línea. La seguridad eléctrica no es simplemente una tarea, sino una cultura que debemos abrazar y promover en todo momento.

En resumen, los resultados obtenidos en nuestra búsqueda de una mayor seguridad eléctrica respaldan la importancia de esta causa. Continuaremos trabajando juntos para fortalecer nuestra seguridad eléctrica, conseguir proteger a todos y todas las empleadas y salvaguardar la continuidad de las acciones en las empresas. La inversión en seguridad eléctrica es una inversión en nuestro futuro y en

la seguridad de todos los que forman parte de las empresas, sean estas de índole sanitaria o no.

6 Bibliografía

1. Documentación PRL Riesgo eléctrico INSST
2. [sesst.org](https://www.sesst.org)
3. <https://www.sesst.org/wp-content/uploads/2020/10/guia-te>
4. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo - INSST

Capítulo 559

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DISPENSADOS POR PARTE DEL CELADOR A LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

GUILLERMO MORENO PÉREZ

MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ

ALFONSO GANFORNINA CAMPOS

JOSE MARIN GARCIA

RAFAEL RODRIGUEZ MORALES

1 Introducción

Dentro del equipo multidisciplinar de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), médicos, enfermeras, Auxiliares, personal de limpieza... está la figura del celador, cuya función no es meramente la de trasladar a pacientes o movilizarlos, sino también ayudar a todo el equipo a humanizar los cuidados dados, sobre todo en un servicio tan complicado como puede resultar ser una UCI.

Para ayudar a esta humanización de cuidados dentro de este equipo es sumamente importante, la comunicación con el paciente, en los casos en los que sea posible y este no esté sedado o intubado, e incluso también sin olvidar a los familiares, cuyo sufrimiento ante la enfermedad o accidente de un familiar puede ser muy alto.

A todas esas personas, pacientes y familiares, les gustaría ser tratadas como a ti te gustaría que te trataran si estuvieras en esa misma situación.

Aunque es muy fácil hablar de humanización en los hospitales y servicios sanitarios, en la práctica es más difícil llevarlo a cabo debido a diversas variantes, como pueden ser; La masificación de los Hospitales, la reducción del personal, la forma en que los demás compañeros tratan a los pacientes-familiares (tendemos a tratarlos igual que vemos a nuestro alrededor, sea correcta o no la forma), aspectos estructurales de coordinación y organización de la unidad que también condicionan nuestra forma de trabajar en ese lugar.

2 Objetivos

- Concienciar sobre la importancia de humanizar los cuidados en la UCI, para el mayor bienestar del paciente, familiares y profesionales.
- Mejorar la calidad de los cuidados por parte del celador al paciente durante su estancia en UCI.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo hemos llevado a cabo una investigación a través del uso de recursos electrónicos y búsqueda bibliográfica sobre la literatura existente en nuestro tema de estudio, realizando una búsqueda sistemática de libros y artículos en las principales bases de datos (Medline, Pubmed y Scielo) seleccionando publicaciones revisadas que nos pudieran ayudar en nuestro estudio.

4 Resultados

La humanización en el trato del paciente por parte del celador es parte de un buen hacer dentro de todo el equipo que atiende e interactúa con un paciente crítico en una UCI, con sus familiares y también con sus propios compañeros, sean también celadores o de cualquier otra categoría profesional que presten su trabajo en la unidad.

Humanizar es una cuestión de ética, que busca el bien para la persona que encuentras y que necesita de tu ayuda, y también para ti mismo. De que todos tengan una buena relación dependen los cuidados humanitarios al paciente.

Factores que influyen en la deshumanización de la sanidad:

Factores que influyen en la deshumanización de la sanidad:

- Masificación. Donde el celador en concreto puede ser compartido en varias unidades hospitalarias, y no está el 100% disponible en la unidad. O quizás en la misma unidad se requeriría de más ayuda de la que se dispone.
- Proceso de ingreso en el hospital, donde pacientes y familiares deben esperar a que una cama quede libre y los celadores puedan llevar al paciente crítico a su lugar en la UCI.
- Existen aspectos de organización y de coordinación en cada hospital que condicionan el trabajo del profesional, en este caso el celador.
- La cultura del trabajo. Repetimos las conductas de los compañeros o lo que vemos, sin llegar a pensar a veces en lo que nos gustaría que hicieran con nosotros de encontrarnos en esa situación.
- Los propios profesionales no siempre entienden los cuidados de una forma más humanizadora.
- En algunas investigaciones se considera a la tecnología como deshumanizadora, entorpeciendo la comunicación entre el profesional de la UCI (celadores, enfermeros, médicos...) y el paciente.

Como mejorar los cuidados a los pacientes críticos por parte del celador:

- De la mano de los gestores estaría el no saturar de pacientes los hospitales sin que haya profesionales suficientes para un cuidado lo más óptimo posible.
- Evitar en lo posible que el personal se “queme” en unidades tan complicadas como una UCI.
- Tratar al paciente como un ser humano y no como un número. Llamarle por su nombre o entablar una pequeña conversación en su traslado o cuidado por parte del celador, sería de gran alivio para muchos pacientes. Pequeños detalles marcan la diferencia del trato de algunos profesionales a otros.
- Incorporar al paciente en nuestro hacer, hace que el paciente se sienta útil y nos ayude si es posible en algunas de nuestras tareas (como pueden ser cambios posturales...)
- Procurar confort y bienestar del paciente (por ejemplo; si está en nuestra mano acostar en la cama al paciente si es así como puede comer o cenar más tranquilo, facilitando su ingesta y recuperación, atender en la medida de lo posible su requerimiento, evitando que se canse en exceso de estar sentado y no quiera comer)
- Respetar al paciente, teniendo en cuenta su intimidad (no movilizándolo para ser aseado sin biombos o con las puertas abiertas, pudiéndolo ver cualquier otro paciente o quien pase al lado, por ejemplo), teniendo en cuenta su dignidad y su libertad también, no coaccionándolo ni manipulándolo.

- Realizar cuidados con el consentimiento del paciente, informándole en cada momento de lo que se le va a realizar, mitiga el estrés ante lo desconocido.
 - Las interpretaciones sobre los resultados obtenidos en una UCI pueden ser diferentes de lo que un profesional interpreta a lo que un paciente siente y piensa. Mientras que su salud puede ir mejorando, es posible que el grado de estrés y miedo ante lo impredecible puedan apoderarse de la salud mental del paciente, y la falta de un sueño reparador puede conllevar incluso a que el paciente sufra algunos delirios.
 - La tecnología en el campo del tratamiento, centrarse en la enfermedad, en el soporte vital y el diagnóstico clínico, han ayudado a alcanzar altas tasas de supervivencia en una UCI en los últimos años, pero todo ello ha llevado a una despersonalización de las personas involucradas (pacientes, familiares, cuidadores e incluso profesionales).
- Conllevando sufrimiento y secuelas físicas y psicológicas para quienes han sobrevivido esta experiencia.
- También la despersonalización de los cuidados ha supuesto un empeoramiento del Síndrome de Burnout en nuestros profesionales (celadores, enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos...)
 - Tener en cuenta que en la UCI el paciente tiene una sobrecarga sensorial importante, debido a numerosos estímulos externos como la luz prácticamente constante de día y de noche, soledad (ya que apenas si puede ver o hablar con sus familiares), los ruidos de aparatos, de otros pacientes alrededor y personal sanitario. Todo conlleva a una pérdida de identidad y alteración del estado emocional, derivada del propio dolor y gravedad de su situación, o lesión corporal y la sensación de pérdida de control sobre uno mismo, ya que prácticamente estamos a merced de todo ese personal que nos cuida y atiende.

Algunos estudios encontrados nos ponen ejemplos de factores estresantes, recibidos como tales por los pacientes, entre ellos encontramos:

- No tener intimidad.
- No saber la hora ni que día es.
- Mirar al techo.
- Escuchar gemidos de otros pacientes.
- Sentir que no se tiene el control de nada.
- Ruidos y sonidos desconocidos.
- No recibir explicaciones sobre el tratamiento ni lo que les realizan.
- Sentir dolor.
- No entender de que hablan los profesionales, por utilizar terminología médica específica.

- Escuchar hablar alto al personal.
- Tener sed.
- No lograr dormir.
- Cama y almohada no confortables.
- Desconocer el nombre del personal que le atiende.
- Percibir olores extraños, etc.

Todo esto produce estrés, angustia y dificultad para conciliar el sueño, produciendo delirios debido a esta causa, también podemos observar alteraciones de los signos vitales (aumento de frecuencia cardíaca, hipertensión, náuseas, mareo o aumento del dolor), perder la noción del tiempo y de la rutina de las comidas... En nuestra mano está beneficiar en lo posible al paciente intentando con nuestro trabajo orientarle, hablar con él amablemente o tenerle presente cuando estamos a su lado, sin dejar de tener en cuenta que es una persona que puede escuchar nuestras conversaciones y comentarios y estos les pueden ayudar o perjudicar. Mirar al paciente a los ojos, explicarle lo que vamos a realizarle o el proceso que va a seguir para minimizar su miedo, preguntarle por sus preocupaciones o simplemente escucharle si quiere hablarnos, todo, puede ayudar a sentir al paciente mejor, y humanizar los cuidados de parte de nuestra área profesional.

5 Discusión-Conclusión

La adecuada atención al paciente por parte del celador, ayuda a manejar la situación de estrés ante la enfermedad o lesión del paciente, al igual que el resto de actitud humanizadora por parte de todo el profesional sanitario o no sanitario de una UCI.

Educar a nuestros propios compañeros celadores y de otras categorías, sobre todo con el ejemplo, y llevando una buena relación interprofesional con todo el equipo, ayuda también a esos cuidados humanizados al paciente y a su familiar.

Si todo el equipo está concienciado de la importancia de realizar su trabajo de forma más humanizadora, el trabajo resultará más sencillo para todos, y todo ello conlleva también una mejoría del paciente más pronto.

El celador es parte importante de un equipo multidisciplinar, que se relaciona con el paciente y que puede en su trabajo mejorar el bienestar y recuperación, con ayuda de todos los profesionales, del paciente. Aparte de mejorar el trato con familiares y profesionales sanitarios, al ser el mediador en la entrada de una puerta de UCI, entre familiares y la unidad.

6 Bibliografía

1. Revista de Bioética y Derecho (en línea) Rol del lenguaje en la humanización de la salud. [Consulta: 13 de Septiembre de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872021000200007&lang=es
2. Revista de Bioética y Derecho (en línea). Proyecto “Humanizando los cuidados intensivos”. [Consulta: 13 de Septiembre de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100008&lang=es
3. Enfermería global. Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. (en línea). Actuación del celador en relación con los pacientes fallecidos. [Consulta: 13 de Septiembre de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400006&lang=es
4. Giménez Cases, Juan Tomás. El apoyo psicológico del celador. 1ª Edición. Jaén. Formación Alcalá 2013. ISBN: 978-84-9051-290-6.

Capítulo 560

LAS FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL CELADOR EN LA FARMACIA

GUILLERMO MORENO PÉREZ

JOSE MARIN GARCIA

RAFAEL RODRIGUEZ MORALES

ALFONSO GANFORNINA CAMPOS

MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ

1 Introducción

El Departamento de Farmacia es un departamento o servicio sanitario de un hospital encargado de, elegir, preparar, almacenar, combinar, dispensar y distribuir los medicamentos y productos sanitarios que en cada unidad se requieran. Asesorando a profesionales de la salud y pacientes sobre su uso y correcta administración. La farmacia de cada hospital será la responsable de seguir un sistema eficaz y seguro de distribución y administración de los medicamentos.

En dicha farmacia trabajan diversas categorías profesionales, como farmacéuticos, enfermeros, auxiliares de farmacia, administrativos, personal de limpieza y celadores. La buena organización entre ellos contribuirá a una buena dispensación de medicación y materiales sanitarios de farmacia, al resto de unidades que de la farmacia dependen.

El celador, en nuestro caso, dentro de la farmacia, es una figura muy importante para el correcto funcionamiento de la red sanitaria, pues asume unas responsabilidades en las que desempeña una serie de funciones esenciales para garantizar el bienestar del paciente y el correcto funcionamiento del servicio sanitario.

Dentro del área o servicio de Farmacia, una de las funciones del celador sería de apoyo en la gestión y logística del departamento de farmacia.

Tal como pone en el estatuto del personal no sanitario de las instituciones sanitarias de la seguridad social del 1971 (donde podemos encontrar las funciones del personal no sanitario, incluido el del celador), en el Artículo 14 tenemos enumeradas todas las funciones del celador.

La distribución de los medicamentos o productos sanitarios, puede ser llevadas a cabo por distintas vías, estas pueden ser:

- Sistemas robotizados de transporte.
- Tubos neumáticos en cápsulas herméticas.
- Transporte realizado por el celador (en su gran mayoría).

2 Objetivos

- Dar a conocer la gestión y distintas funciones que desempeña el celador en el departamento de farmacia.
- Describir la contribución del celador en la supervisión de los inventarios.
- Resaltar la importancia de la correcta distribución y transportes de medicación y productos sanitarios.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo de revisión bibliográfica se ha realizado por distintas vías. Para poder recopilar la información, nos hemos basado concretamente en la búsqueda activa de artículos en diversas webs referentes al tema que vamos a tratar, recopilando contenidos de diversas páginas de internet y libros electrónicos de ámbito sanitario, apoyándonos en páginas como Google Académico y también en la propia experiencia personal.

4 Resultados

El servicio de farmacia de un hospital está compuesto por numerosos profesionales, desde farmacéuticos, enfermeros, auxiliares de farmacia, administrativos...

y desde luego, celadores. De la buena coordinación entre todos ellos y los demás profesionales de distintas unidades del hospital que reciben o envían medicación, depende en buena manera la calidad de los servicios dispensados a numerosos pacientes en distintos ámbitos del hospital.

Mencionar que la farmacia en un hospital consta de; una farmacia hospitalaria dirigida a proporcionar tratamientos y medicación a las distintas unidades asistenciales del hospital (plantas de hospitalización, unidades especiales como UCI, urgencias..., consultas...) y también una farmacia ambulatoria, donde se acercan pacientes para que, ambulatoriamente, se le dispense medicación necesaria para su problema o enfermedad, que de otra manera no podría conseguir en una farmacia de calle, un ejemplo de ello lo tenemos en; los colirios autólogos, que se realizan en la farmacia específicamente para cada paciente, y que se conservan refrigerados hasta su correcta dispensación, el celador en este caso se coordina con la farmacia donde se ha realizado dicho tratamiento, con la parte de farmacia dentro del hospital pero de atención al público, para llevar correctamente dicho tratamiento sin perder la cadena de frío, y sin que el paciente espere sobre manera a recibir su medicación para llevársela a casa..

A continuación, desglosamos las tareas y responsabilidades específicas que recaen en el celador, como también el mantenimiento de la salud y el bienestar sanitario a la que sirve la farmacia.

Dentro de las funciones del celador dentro de una farmacia hospitalaria, encontramos:

- Acopio de materiales dentro de la farmacia. Ubicación y reubicación de distintos materiales de farmacia, como sueros, alcohol, agua destilada, nutrición parenteral, etc.
- Transporte de medicación a las distintas unidades que los necesiten de forma eficiente y segura. Por ejemplo, podemos decir, que el celador es quién lleva los carros de medicación (unidosis) de cada planta, para ser dispensados por el personal de esta, entre los pacientes. Antes de llevar los carros de unidosis a las distintas plantas, el celador comprobará que ya han sido revisados por quién corresponda, y que están listos para llevarlos, puntualmente, a sus destinos. El celador también se encarga de llevar carros (en este caso, no de unidosis) de medicación a distintos servicios especiales, como UCI, urgencias... para que no les falte medicación importante, que en estos servicios requieren. Después el personal que está destinado a ello, lo colocará debidamente, y comprobará que todo es recibido correctamente.
- No queremos dejar de mencionar tampoco, la importante misión del celador a hora de llevar eficazmente, en la mayor brevedad posible y en condiciones favor-

ables, todos los tratamientos de quimioterapia al hospital onco-hematológico o planta de oncología de cada hospital, para que sean administrados con puntualidad a pacientes con cáncer.

Dichos tratamientos deberá transportarlos debidamente protegidos y con delicadeza para que no se puedan llegar a romper o perder, ya que ello supondría algo grave si se rompe en un sitio que no sea el destinado a manipularlo (dentro de una campana de manipulación de citostáticos dentro de la farmacia), y perderlo conllevaría un retraso en la administración de un tratamiento muy importante para un paciente, que puede incluso permanecer en el hospital todo el día, por la larga duración de este. Proteger el medicamento peligroso, el ambiente y al personal sanitario y demás usuarios de una posible rotura de medicamentos peligrosos, está en manos del celador dentro de su transporte.

- Funciones inherentes de cada farmacia hospitalaria que contribuyan al normal funcionamiento de este servicio, siendo el celador, especialmente responsable del traslado y movimiento de medicamentos y otro material sanitario de farmacia, dentro de ella y entre la farmacia y otros servicios que lo requieran: plantas de hospitalización, unidades especiales, laboratorios, quirófanos, hospitales de día (oncológico-hematológico o médico o de alergia), farmacia de pacientes ambulatorios, disposición de material para después ser repartido en diversas residencias de ancianos o discapacitados, dependientes de la farmacia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

La función del celador dentro de la farmacia hospitalaria es de gran valor, a la hora de ubicar el material dentro de ella, y sobre todo de transportar el material farmacéutico desde ella a todos los servicios hospitalarios que lo requieren. Todo ello de forma eficaz y segura al mismo tiempo, ya que muchos medicamentos pueden ser peligrosos si esta función no se hace correctamente.

El celador supervisará el inventario de farmacia y comunicará a quien corresponda, si falta o sobre material, para que pueda pedirse y ser recibido lo antes posible en caso de necesidad.

El celador también seguirá los protocolos de la farmacia hospitalaria, para transportar unos medicamentos u otros. Unos en carros de medicación, en carros de unidosis, eficaz y rápidamente, otros para mantener la cadena de frío y con especial cuidado, por ejemplo, en el caso de nutriciones parenterales o tratamientos quimioterápicos.

Conocer en cada momento las funciones, que el celador, debe llevar a cabo dentro de la farmacia hospitalaria, depende en gran medida parte del buen fun-

cionamiento de todo hospital. Sin un correcto almacenaje de medicación, sin que falte lo que puede ser requerido, y sobre todo, un correcto y puntual transporte de dichos medicamentos es sumamente importante para que todos los profesionales sanitarios, puedan llevar a cabo su trabajo con eficacia

6 Bibliografía

1. Revista médica (en línea). Servicio de farmacia hospitalaria: Funciones del celador.
[Consulta: 15 de Septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/farmacia-hospital-celador/>
2. Revistas sanitarias de investigación (en línea). Funciones que realiza el celador/a en la farmacia hospitalaria. [Consulta: 15 de Septiembre de 2023].
Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-que-realiza-el-celador-a-en-la-farmacia-hospitalaria/>
3. Kapital inteligente (en línea). Que es la farmacia hospitalaria. [Consulta: 13 de Septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.kapitalinteligente.es/que-es-la-farmacia-hospitalaria/>
4. Boletín del estado (en línea). Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. [Consulta: 13 de Septiembre de 2023].
Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1971/07/22/pdfs/A12015-12024.pdf>

Capítulo 561

LA COMUNICACIÓN CON EL CELADOR

JULIA MARIA MORENO PECO

RAQUEL MAROTO SEVILLA

REBECA CORREDERA MARTÍN

MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ

1 Introducción

Los celadores como profesionales del sistema sanitario deben poseer unas capacidades y competencias específicas para ejercer sus funciones con calidad dentro de los centros sanitarios.

Junto a esas capacidades deben desarrollar y formarse en otras que se centran en las competencias humanas que debe tener el ser humano a la hora de relacionarse con el resto de las personas.

En el caso de la sanidad, las competencias humanas deben ir enfocadas a la capacidad de comprender y entender al otro, sobre todo al usuario que comienza a vivir una situación de estrés que no sabe en muchas ocasiones saber gestionar.

La comunicación es una herramienta que usamos en el medio sanitario que nos va a permitir poder apoyar el trabajo que realizamos con eficacia y con calidad. El hecho de escuchar y aprender a informar con base en ello es primordial en nuestro trabajo.

Dentro de las diferentes formas de comunicarse con los pacientes debemos fomentar y formarnos en la asertiva, ya que de esta forma seremos capaces de

ejercer de forma reflexiva y adecuada. El objetivo de la comunicación es ser claros y concisos, evitando el conflicto en el mensaje que transmitimos. De esta forma seremos capaces de atraer la atención de los usuarios, facilitando su estancia en los centros sanitarios.

2 Objetivos

- Exponer las habilidades comunicativas y sociales deben tener los celadores en su ámbito laboral sanitario.
- Enumerar los aspectos más importantes de la comunicación asertiva.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda y una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente, y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, examinando varios análisis e investigaciones: Comsalud, Seslap, Emawwe, Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de dichas publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.

En los criterios de selección se estableció que fueran publicadas en los últimos años y en idioma español excluyendo el inglés.

Por otro lado, las plataformas como Google Académico u Ocronos se han utilizado usando palabras clave como funciones celador; humanización; empatía; asertividad; comunicación paciente; habilidades sociales; celador y comunicación.

4 Resultados

Los usuarios de los servicios sanitarios cuando llegan a los centros sanitarios se sienten perdidos, anulados ante el sistema y van a necesitar que los celadores que suelen ser los primeros profesionales con los que se encuentran, los que tengan que desarrollar una capacidad de comunicación con capacidad de escucha, comprensión, empatía y atención.

El pilar fundamental de las relaciones de calidad en el sistema sanitario es la comunicación por parte del celador, además favorece un impacto beneficioso y saludable porque tiene un efecto terapéutico al comunicar como un fin de ayuda al paciente para resolver sus problemas o dudas que tenga en ese momento.

El celador debe procurar una comunicación asertiva y directa con los usuarios en toda la jornada laboral, influyendo en el bienestar de estos. Pero serán necesarias mejorar las siguientes cualidades y habilidades humanas:

- Exponer nuestros sentimientos o deseos, tanto positivos como negativos, de una forma eficaz, sin negar o desconsiderar los de los demás y sin crear o sentir vergüenza. De tal forma que el paciente no se vea amenazado o desconsiderado.
- Evitar expresar agresividad o pasividad durante la comunicación.
- Saber discriminar las situaciones en las que la expresión personal es importante y adecuada, evitando comunicar aspectos personales en todo momento hasta que la situación lo requiera.
- Diferenciar la conducta asertiva o socialmente habilidosa, de la agresiva y pasiva, sobre todo estas dos últimas, que es lo que hasta ahora ha primado en la sanidad.
- Mostrar respeto hacia uno mismo, al expresar necesidades propias y defender los propios derechos y respeto hacia los derechos y necesidades de los pacientes a los que atiende el sistema sanitario.

El modelo de relación interpersonal y laboral que se expone busca mediante la asertividad que la conducta y las actitudes que se ejercen como celadores en los centros sanitarios promueva el respeto y la defensa de un trabajo de calidad que se ofrece a los usuarios. Se respeta para ser respetado.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, desde los cambios que ha ido experimentando la sanidad en el tema de la atención a los pacientes, dando un giro centrado en el paciente, no sólo los celadores, sino el resto de los profesionales han tenido que además de formarse en los métodos técnicos, también en las competencias humanas siendo una de ellas la comunicación, ya que nos permite dar una primera impresión a la hora de comunicarnos con los usuarios del sistema.

El mundo tiende a una humanización de los cuidados y un modo de cuidar es con la comunicación asertiva, de tal forma que como celadores sepamos solucionar situaciones que en muchas ocasiones son problemáticas y conflictivas. De esta manera se logra un bienestar en el paciente y en el propio celador por el trabajo de calidad que se logra. Todo esto se refleja en un servicio sanitario de calidad gracias a la comunicación reflexiva y asertiva.

6 Bibliografía

- Goleman, D. Inteligencia emocional. Editorial Kairos 2002

- Anguiano, América. Comunicación asertiva. <http://www.intosol.com.mx>
- <https://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/07/Habilidades-socialescomunicacion.pdf>
- Kenneth, Berlo David. El proceso de la comunicación (introducción a la teoría y la práctica)
- <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-31-la-atencion-al-usuario.html>

Capítulo 562

EL CELADOR ANTE UN PACIENTE INFECCIOSO

JULIA MARIA MORENO PECO

RAQUEL MAROTO SEVILLA

REBECA CORREDERA MARTÍN

MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ

1 Introducción

El paciente infeccioso es aquel que padece una patología que es transmisible que es causada por microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos. Estas patologías se conocen como aquellas que cumplen con la cadena epidemiológica. Se transmiten, pueden transmitir de ser humano a ser humano o de un animal a persona directa o indirectamente.

Debemos tener claro que todas las enfermedades infecciosas son consideradas enfermedades transmisibles, siendo siempre la causa del desarrollo de una epidemia o pandemia, como ha sido el caso del coronavirus o la peste en otras ocasiones de la historia.

Por ello, todas las personas y de forma especial tienen que tener una serie de precauciones para evitar que su organismo se contagie y desarrolle una patología. Cuando un paciente con una patología infecciosa ingresa en un centro de segunda atención, todo el personal que le atiende debe estar cualificado para saber gestionar este tipo de enfermedades y por ello el celador debe saber los métodos técnicos para protegerse y proteger a los otros profesionales y pacientes.

El celador es el primer profesional que acoge al paciente, por ello debe protegerse para prevenir las posibles patologías que los pacientes que ingresan en los hospitales puedan transmitirle cualquier patología.

2 Objetivos

- Conocer las medidas de actuación ante un paciente infeccioso por parte del celador.
- Exponer la importancia de aprender a aplicar las medidas y así evitar el medio de transmisión.

3 Metodología

Se ha buscado información en revistas científicas, y se ha realizado lectura de artículos relacionados con pacientes con enfermedades contagiosas hospitalarias, así como hemos realizado rastreo en bases científicas como Pubmed, Scielo utilizando palabras claves como enfermedad contagiosa, paciente, celador, virus.

4 Resultados

Todo paciente que padece una enfermedad transmisible deberá ser aislada hasta que esa enfermedad desaparezca o deje de ser transmisible, por lo que se le colocará en habitación individual, el transporte a esa habitación será realizada por el celador asignado.

El celador, por sus funciones, es un profesional que deambula y hace su trabajo por todo el hospital, ya que se ocupa de atender y apoyar en varias plantas o servicios durante su jornada laboral y que está en contacto con pacientes y usuarios de todo tipo.

El hecho de que el celador realiza este tipo de actividad va a facilitar la propagación de los organismos patógenos aumentando las infecciones, por ello debe ser conocedor de los medios de transmisión, prevención y protección tanto para él como para el resto de los profesionales, pacientes y acompañantes.

Por ejemplo, en caso de que el celador tenga una herida en la piel, debe cubrísela al entrar en contacto con un paciente con una enfermedad de transmisión de contacto.

De forma general, todo celador que va a entrar en contacto directo con un paciente contagioso o en las unidades de infecciosos será portador de:

- Guantes
- Calzas
- Gorro
- Mascarilla
- Gafas protectoras
- Bata

Previamente a la colocación de estos equipos debemos lavarnos las manos. Al salir de la habitación o de la unidad, lo último que nos quitaremos serán los guantes y procederemos al lavado de manos.

El celador, al no ser personal sanitario, en muchas ocasiones no tenemos acceso a la historia clínica para poder conocer el tipo de aislamiento que tiene el paciente basándose en la patología transmisible que padece, por lo que el personal sanitario debe informarnos de ello y facilitarnos el equipo de aislamiento o nosotros mismos debemos preguntar si el paciente está aislado y qué tipo de aislamiento tiene para proceder a la protección.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, los tipos de transmisión del agente pueden ser de manera directa o indirecta que el celador debe conocer para garantizar la seguridad de los pacientes y de los profesionales de la salud. El primer paso es determinar el tipo de aislamiento en la puerta de la habitación para que los celadores puedan protegerse con las medidas ya conocidas y asumidas según sus conocimientos profesionales.

Los celadores somos un personal de alto riesgo pese a no ser sanitarios por la cercanía con el paciente, somos los que apoyamos en la higiene, acogemos al paciente en la puerta de los centros sanitarios, entre otras actividades que impliquen cercanía a los usuarios del sistema en la mayoría de los casos sin saber qué patología padecen. De hecho, debemos saber enfrentarnos a las patologías infecciosas con la prevención correcta.

6 Bibliografía

1. Diario digital Marina Plaza, Organización Mundial de la Salud, Boletín Oficial del estado y Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias.
2. María Eva Puente Bardón. CUIDADOS DEL CELADOR ANTE PACIENTES INFECCIOSOS Y SU AISLAMIENTO. Incluido en la revista Ocronos. Vol. IV. No 11–noviembre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; no11: 112.

3. Organización Mundial de la Salud -O.M.S (Epidemiológica básica. Vigilancia Epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud)
4. Real Decreto 664/1997, de 12 mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo
5. EPINE (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España)

Capítulo 563

BIOPSIA VULVAR 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 "biopsia vulvar" es un procedimiento médico en el cual se toma una pequeña muestra de tejido de la vulva, que es la parte externa de los órganos genitales femeninos. Esta muestra se envía al laboratorio para su análisis y diagnóstico bajo un microscopio. La biopsia vulvar se realiza cuando se sospecha la presencia de afecciones o enfermedades en la vulva que requieren evaluación y diagnóstico precisos.

Las razones más comunes para realizar una biopsia vulvar incluyen:

- Lesiones sospechosas: Cuando un médico identifica una lesión, úlcera, bulto, mancha o cambio en la piel de la vulva que podría ser indicativo de una enfermedad o afección, se puede realizar una biopsia para determinar la causa exacta.

- Diagnóstico de cáncer: En casos en que se sospeche la presencia de cáncer de vulva, la biopsia es esencial para confirmar el diagnóstico y determinar el tipo y la etapa del cáncer.
- Evaluación de trastornos de la piel: Las condiciones de la piel de la vulva, como liquen escleroso, liquen plano, dermatitis u otras afecciones inflamatorias, pueden requerir una biopsia para un diagnóstico preciso y para guiar el tratamiento adecuado.
- Dolor crónico o síntomas persistentes: Si una paciente experimenta dolor crónico en la vulva o síntomas persistentes que no tienen una causa evidente, se puede realizar una biopsia para buscar anomalías subyacentes.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) puede desempeñar un papel de apoyo importante en el proceso de una biopsia vulvar bajo la supervisión y dirección de un profesional de la salud, como un médico o un enfermero.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el apoyo al paciente después de una biopsia vulvar.

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 apoyo al paciente después de una biopsia es una parte importante de la atención y el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en este contexto es brindar apoyo emocional y físico mientras el paciente se recupera. Aquí hay algunas acciones que un TCAE puede tomar para apoyar al paciente después de una biopsia:

- Vigilancia y observación: Después de la biopsia, el TCAE debe estar atento a cualquier signo de complicaciones, como sangrado excesivo, infección, hinchazón o dolor inusual. Si nota alguna preocupación, debe comunicarla de inmediato al personal de enfermería o al médico.
- Control del dolor: Si el paciente experimenta dolor o molestias después de la biopsia, el TCAE puede ayudar a administrar la medicación analgésica según las indicaciones del médico. También puede ofrecer técnicas de relajación o distracción para ayudar al paciente a lidiar con el dolor.
- Instrucciones postoperatorias: El Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería puede proporcionar al paciente y a sus familiares las instrucciones postoperatorias proporcionadas por el médico o enfermero, como recomendaciones para el cuidado de la herida, restricciones de actividad y cuidados en el hogar. Mantener el instrumental estéril y disponible para el profesional de la salud durante el procedimiento, asegurándose de que se mantenga en condiciones asépticas.

El apoyo al paciente después de una biopsia es esencial para su recuperación y bienestar general. Los TCAE desempeñan un papel fundamental al proporcionar cuidados compasivos y atentos, y al colaborar estrechamente con el equipo de atención médica para garantizar una atención integral y de calidad.

Es importante destacar que la biopsia vulvar es un procedimiento relativamente sencillo, pero es esencial para el diagnóstico preciso y el tratamiento adecuado de las afecciones vulvares. Las pacientes deben hablar con su médico para comprender completamente el procedimiento, sus riesgos y resultados esperados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en una biopsia vulvar implica una serie de responsabilidades clave que se centran en el apoyo al paciente y la asistencia al equipo de atención médica.

La biopsia vulvar generalmente se realiza en un entorno médico, como una clínica o un consultorio ginecológico. Dependiendo del tamaño y la ubicación de la lesión, el médico puede optar por realizar una biopsia de escisión, en la que se extirpa completamente la lesión, o una biopsia por punción, donde se toma una pequeña muestra de tejido.

El apoyo al paciente después de una biopsia es esencial para su recuperación y

bienestar general

6 Bibliografía

- <https://myhealth.ucsd.edu/RelatedItems/3,90803es>

Capítulo 564

HIDRATACIÓN EN PACIENTE HOSPITALIZADO 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 hidratación es fundamental en el cuidado de pacientes hospitalizados y desempeña un papel crucial en su recuperación y bienestar. Aquí tienes algunas razones clave para comprender la importancia de la hidratación en pacientes hospitalizados:

- Mantenimiento de la homeostasis: El agua es esencial para mantener el equilibrio de fluidos y electrolitos en el cuerpo. Los pacientes hospitalizados a menudo experimentan desequilibrios debido a diversas condiciones médicas, cirugías o medicamentos. La hidratación adecuada ayuda a restablecer y mantener la homeostasis.

- **Función de los órganos:** El agua es necesaria para el funcionamiento adecuado de todos los órganos y sistemas del cuerpo. La deshidratación puede afectar negativamente a los riñones, el corazón, el cerebro y otros órganos vitales, lo que puede empeorar la condición del paciente.
- **Cicatrización de heridas:** La hidratación adecuada es esencial para la cicatrización de heridas, especialmente después de cirugías o lesiones. El agua ayuda a transportar nutrientes y oxígeno a las células, lo que promueve la curación.
- **Prevención de complicaciones:** La deshidratación puede llevar a complicaciones graves en pacientes hospitalizados, como la formación de coágulos sanguíneos, infecciones del tracto urinario, insuficiencia renal y delirium. Mantener a los pacientes hidratados puede reducir el riesgo de estas complicaciones.
- **Mejora de la función renal:** La hidratación adecuada es esencial para el funcionamiento de los riñones. Ayuda a eliminar toxinas y desechos del cuerpo, lo que es especialmente importante en pacientes con afecciones renales o que están recibiendo medicamentos que pueden dañar los riñones.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones que desarrolla el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la hidratación en el paciente hospitalizado.

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 Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), tiene un papel esencial en el cuidado de pacientes hospitalizados, y la hidratación es una parte crucial de tu trabajo. Algunas pautas importantes sobre la hidratación en pacientes hospitalizados desde la perspectiva de un TCAE:

- Seguimiento de la ingesta de líquidos: Debe llevar un registro de la ingesta de líquidos de cada paciente. Esto incluye agua, bebidas, sueros intravenosos y cualquier otro tipo de líquido que se administre. Anotar la cantidad y la hora de la ingesta.
- Observación de signos de deshidratación: Estar atento a los signos y síntomas de deshidratación en los pacientes es fundamental. Esto puede incluir sequedad en la boca, labios agrietados, piel seca, orina concentrada o disminución en la producción de orina, debilidad y confusión. Si se observan alguno de estos síntomas, notificarlo de inmediato al personal de enfermería.
- Asistencia con la administración de líquidos: Ser responsable de ayudar a los pacientes a beber líquidos si tienen dificultades para hacerlo por sí mismos. Esto puede incluir sostener el vaso o la taza, ajustar la altura de la cama para facilitar el acceso o utilizar pajitas si es necesario.
- Seguimiento de la administración de sueros intravenosos: Si un paciente recibe líquidos por vía intravenosa, asegurar que la infusión se realice correctamente y sin problemas. Observar el goteo del suero y comunica cualquier problema o alarma en el equipo de infusión al personal de enfermería.
- Mantener un entorno limpio: Asegurarnos de que los vasos, tazas y pajitas utilizados para la hidratación estén limpios y desinfectados. Mantener un ambiente higiénico es esencial para prevenir infecciones relacionadas con la hidratación

Trabajar en colaboración con el equipo de salud, observar signos de deshidratación y brindar asistencia en la administración de líquidos son parte de tus responsabilidades cruciales en la atención al paciente.

5 Discusión-Conclusión

La hidratación adecuada es un componente importante de la nutrición parenteral o enteral en pacientes que no pueden comer o beber normalmente. Proporciona los fluidos necesarios para la administración de nutrientes y medicamentos por vía intravenosa o enteral. La deshidratación puede causar síntomas como debilidad, fatiga, mareos y confusión, lo que puede dificultar la recuperación y la participación activa en el tratamiento. Mantener a los pacientes hidratados contribuye a su bienestar general y comodidad.

Mantener a los pacientes hidratados no solo promueve su recuperación, sino que también previene complicaciones graves relacionadas con la deshidratación. La

dedicación a garantizar que los pacientes reciban una hidratación adecuada contribuye en gran medida a la calidad de la atención médica y al bienestar general de quienes están hospitalizados.

6 Bibliografía

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/dehydration/symptoms-causes/syc-20354086>

Capítulo 565

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE DIÁLISIS

NURIA ALCANIZ ALCÁNTARA

ANA MARÍA JIMÉNEZ PRADOS

SAGRARIO RODRÍGUEZ GARCÍA

BEATRIZ DIEZ MARTINEZ

VERONICA DEL SAZ GARCIA

1 Introducción

La diálisis es un procedimiento médico que se utiliza para eliminar de forma artificial los productos de desecho y el exceso de agua y solutos del cuerpo cuando los riñones no pueden hacerlo de manera efectiva. Los riñones desempeñan un papel crucial en la filtración de la sangre para eliminar los desechos y regular los niveles de líquidos y electrolitos en el cuerpo. Cuando los riñones no funcionan adecuadamente debido a una enfermedad renal crónica u otras condiciones médicas graves, la diálisis se convierte en un tratamiento necesario para mantener la vida y la salud del paciente.

Existen dos tipos principales de diálisis:

- Diálisis hemodiálisis: En la hemodiálisis, la sangre se extrae del cuerpo y se pasa a través de un filtro especial llamado dializador o filtro de diálisis. Este filtro elimina los productos de desecho y el exceso de líquidos de la sangre, y luego la sangre purificada se devuelve al cuerpo. La hemodiálisis se realiza generalmente en un centro de diálisis bajo la supervisión de personal médico y de enfermería.

- Diálisis peritoneal: La diálisis peritoneal implica la introducción de una solución de diálisis en la cavidad abdominal del paciente a través de un catéter permanente. Esta solución de diálisis absorbe los productos de desecho y el exceso de líquidos a medida que entra en contacto con la membrana peritoneal, que actúa como un filtro natural. Luego, la solución de diálisis se drena del abdomen y se reemplaza por una nueva en ciclos regulares. La diálisis peritoneal se puede realizar en el hogar, lo que brinda a algunos pacientes una mayor flexibilidad en su tratamiento.

La elección entre hemodiálisis y diálisis peritoneal depende de la situación médica del paciente y las recomendaciones del equipo de atención médica.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería destacando la apertura y el cierre de las bolsas de solución de diálisis.

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 apertura y el cierre de las bolsas de solución de diálisis son procedimientos críticos en el cuidado de los pacientes que requieren diálisis peritoneal. A continuación, se describen los pasos generales que un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) podría seguir al realizar estas tareas:

Apertura de una bolsa de solución de diálisis:

- Lavado de manos: Antes de comenzar cualquier procedimiento, es fundamental que el TCAE se lave las manos cuidadosamente con agua y jabón para garantizar la asepsia.
- Verificación de la bolsa: Asegurarse de que la bolsa de solución de diálisis esté sellada y en buenas condiciones. Verificar la etiqueta de la bolsa para confirmar que es la solución y el tipo correctos, según la prescripción médica.
- Preparación del equipo: Tener listo el equipo necesario, como guantes estériles, una aguja o dispositivo de perforación estéril (si es necesario para la bolsa), y una pinza para ajustar el flujo.
- Preparación del área de trabajo: Asegurarse de que el área de trabajo esté limpia y organizada.
- Colocación de guantes estériles: Colocarse guantes estériles para mantener la asepsia durante el procedimiento.
- Perforación de la bolsa: Si es necesario, utilizar una aguja o dispositivo de perforación estéril para abrir la bolsa de solución en el lugar designado.
- Control del flujo: Usar una pinza o el sistema de control de flujo proporcionado en la bolsa para controlar la velocidad de flujo de la solución. Esto asegura que la solución fluya a la velocidad adecuada durante la diálisis peritoneal.
- Cierre hermético: Doblar la parte superior de la bolsa de solución y asegurarse de que esté bien cerrada y sellada herméticamente. Esto es crucial para evitar la contaminación de la solución y mantener su esterilidad.

5 Discusión-Conclusión

La diálisis es un tratamiento vital para las personas con enfermedad renal crónica avanzada o insuficiencia renal aguda. Aunque no es una cura para la enfermedad renal, la diálisis ayuda a mantener el equilibrio químico y los niveles de líquidos en el cuerpo, lo que mejora la calidad de vida y permite que los pacientes continúen con sus actividades diarias. Sin embargo, la diálisis es un tratamiento intensivo y continuo que requiere una atención médica constante y un compromiso por parte del paciente. En algunos casos, se puede considerar el trasplante de riñón como una opción para reemplazar la función renal perdida de manera más permanente.

En conclusión, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en el cuidado de los pacientes que requieren diálisis peritoneal. Aunque no realiza las tareas más avanzadas relacionadas con la administración de la solución o la toma de decisiones clínicas, su contribución es valiosa en el apoyo al paciente y en la garantía de un entorno seguro y limpio para el procedimiento.

6 Bibliografía

- <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/insuficiencia-renal/dialisis-peritoneal>

Capítulo 566

EL TÉCNICO DE RAYOS EN EL ESTUDIO DE LOS RIESGOS DE FRACTURAS POR OSTEOPOROSIS

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

MARIA JESUS LEON GOMEZ

VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS

ISABEL MARIA HERNANDEZ DEL REY

JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS

1 Introducción

La osteoporosis es una enfermedad ósea que se caracteriza por la pérdida de densidad y masa ósea, lo que resulta en la debilidad de los huesos y un mayor riesgo de fracturas. Los huesos se vuelven porosos y más propensos a romperse con facilidad. Es una afección crónica y progresiva que afecta principalmente a las personas mayores, pero puede desarrollarse a cualquier edad.

Los huesos están compuestos por una estructura interna sólida y densa, similar a una esponja, que proporciona fuerza y soporte al cuerpo. En la osteoporosis, esta estructura se deteriora, lo que hace que los huesos sean frágiles y propensos a fracturas incluso por actividades cotidianas o caídas leves.

Las fracturas más comunes asociadas con la osteoporosis ocurren en la columna vertebral, la cadera y la muñeca. Estas fracturas pueden tener graves consecuencias para la salud, como dolor crónico, discapacidad y pérdida de independencia en las personas mayores.

El tratamiento y la prevención de la osteoporosis generalmente incluyen cambios en la dieta para asegurar una ingesta adecuada de calcio y vitamina D, ejercicio regular, evitar el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, y, en algunos casos, medicamentos que pueden ayudar a fortalecer los huesos. La atención médica y el seguimiento son fundamentales para gestionar esta afección y prevenir fracturas óseas graves.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de las funciones del técnico de rayos en el estudio de los riesgos de fracturas por osteoporosis.

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 osteoporosis es a menudo llamada "enfermedad silenciosa" porque se desarrolla de manera gradual y generalmente no causa síntomas hasta que se produce una fractura.

Algunos de los aspectos clave de la osteoporosis incluyen:

- Pérdida de densidad ósea: En la osteoporosis, hay una disminución en la densidad mineral de los huesos. Esto se traduce en una reducción de la cantidad de calcio y otros minerales en el tejido óseo, lo que debilita los huesos.
- Estructura ósea deteriorada: Además de la pérdida de densidad, la estructura de los huesos también se deteriora en la osteoporosis. Los huesos se vuelven porosos

y más frágiles.

- Mayor riesgo de fracturas: Debido a la fragilidad ósea, las personas con osteoporosis tienen un mayor riesgo de sufrir fracturas, especialmente en áreas como la columna vertebral, la cadera y la muñeca. Estas fracturas pueden ser dolorosas y limitar la movilidad y la calidad de vida.

El técnico de rayos, también conocido como técnico de radiología o tecnólogo radiológico, desempeña un papel fundamental en el estudio de los riesgos de fracturas por osteoporosis. Para evaluar la salud ósea y el riesgo de fracturas en pacientes con osteoporosis, se utilizan estudios de densidad mineral ósea (DMO) y radiografías. A continuación, se describen las funciones y responsabilidades del técnico de rayos en este contexto:

- El técnico de rayos ayuda a posicionar al paciente de manera adecuada para obtener las imágenes necesarias. En el caso de estudios de densidad mineral ósea, esto puede requerir que el paciente se acueste en una mesa especializada.
- El técnico de rayos realiza las radiografías o escaneos de densidad mineral ósea siguiendo las indicaciones del médico. Esto implica aplicar técnicas de radiología para obtener imágenes de alta calidad que muestren la densidad ósea y cualquier evidencia de fracturas existentes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el técnico de rayos, también conocido como tecnólogo radiológico, desempeña un papel crucial en el estudio de los riesgos de fracturas por osteoporosis al llevar a cabo estudios de densidad mineral ósea y radiografías. Sus responsabilidades incluyen la preparación del equipo, la correcta posición del paciente, la toma de imágenes de alta calidad, la garantía de la seguridad del paciente en términos de radiación, el registro de datos precisos y la colaboración estrecha con el equipo médico. La osteoporosis es una enfermedad ósea que afecta la densidad y calidad del hueso, lo que aumenta el riesgo de fracturas. La detección temprana y el diagnóstico preciso son esenciales para prevenir complicaciones graves.

6 Bibliografía

- <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/osteoporosis>

Capítulo 567

CÓMO ENVASAR LOS ALIMENTOS EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES

LLANOS GARCIA ARANOS

ESPERANZA AGUILAR JIMENEZ

MARÍA PILAR PIERNAS SARRION

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA

1 Introducción

Uno de los principales objetivos del envasado de alimentos es ayudar a proteger y conservar los alimentos de la contaminación externa. Implica prevenir el deterioro, extender la vida útil del producto y ayudar a mantener la calidad y seguridad de los alimentos envasados. Los productos destinados al consumo humano como alimento o alimento deben estar contenidos en recipientes para alimentos. Deben poseer una serie de cualidades, como la capacidad de ofrecer protección, ser resistentes a la manipulación y reaccionar a las demandas de defensa química, física o biológica. Los envases protegen los alimentos de una variedad de factores ambientales potenciales, como oxígeno, olores sintéticos, calor, suciedad, luz, microorganismos, humedad, insectos, presión y otros. Existen numerosas estrategias de envasado, como por ejemplo: - Envasado en atmósfera modificada. - Envasado al vacío, que implica purgar el recipiente de oxígeno.

El embalaje convencional incluye una variedad de recipientes según la forma y el material, incluidos cartón, plástico, aluminio, frascos, cajas y botellas. En estos materiales u objetos, cuando se comercializan, pero que aún no han entrado en contacto con alimentos, una vez que los alimentos se envasan y se comercializan, los envases pasan a ser residuos que se deben reciclar.

2 Objetivos

Saber qué hacer en las cocinas de un centro hospitalario cuando nos encontramos alimentos envasados o cómo envasarlos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda y una revisión bibliográfica en libros y en las principales bases de datos científicas como Pubmed o Google Scholar con palabras clave: envasado de los alimentos en una cocina hospitalaria, congelación y cómo tratarlos.

4 Resultados

El objetivo principal del envasado de alimentos es proteger los productos alimenticios de contaminantes externos. Con la ayuda de estos métodos de conservación, nuestro objetivo es mantener los alimentos a una temperatura determinada mientras minimizamos los daños potenciales y maximizamos su vida útil. Necesitamos permiso de las autoridades nacionales pertinentes antes de utilizar materiales que hayamos encontrado que están en contacto con alimentos. Dependiendo de tu objetivo o del alimento que envasemos se utilizarán diferentes materiales. Las características de determinados materiales serán más adecuadas que otras para realizar una función determinada dependiendo del uso al que esté destinado el embalaje. Hay dos categorías principales para estos materiales:

Entre los materiales y objetos que regulan el ambiente o el estado de los alimentos envasados se encuentran: - Madera. Papel y cartón. - Artículos a base de tela. - Pegamento. - Tinta de impresora. - Ceras. - Vaso. Objetos cerámicos. - Revestimientos y acabados. - Metales y aleaciones. - Las resinas de intercambio iónico. - Celulosa regenerada. Sustancias hechas de plástico. - Corcho. Caucho - Silicona. Estos materiales y cosas están hechos para tener elementos que transmiten sustancias a los alimentos envasados o su entorno o absorben sustancias de ellos.

El objetivo de los materiales y objetos activos e inteligentes es prolongar la vida útil de los alimentos envasados, así como ayudar a mantener o mejorar su estado. Se utilizarán buenas prácticas de fabricación para producir estos materiales, evitando que los componentes migren a los alimentos en cantidades suficientemente grandes como para ser dañinos. Ciertos materiales son más apropiados para tareas particulares que otros dependiendo del diseño del contenedor. Existen numerosas categorías para estos envases como plásticos, cartón, cristal, papel, aluminio, latas, etc., por esto la importancia de reciclar por la cantidad de residuos que se genera en las cocinas.

5 Discusión-Conclusión

Se deben cumplir las normas que se regulan en normativa y siempre aseguran la trazabilidad de los envases de alimentos a la hora de fabricarlos. En el proceso de envasado de alimentos participan tanto ayudantes de cocina como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un hospital. La mayoría de los alimentos se venden envasados, lo que ayuda tanto a su protección como a su conservación. El embalaje debe realizarse correctamente porque ayudará o pospondrá los problemas provocados por cierto tipo de reacción bioquímica o microbiana. Para ayudar a prevenir alteraciones de la calidad, los alimentos estarán protegidos de las influencias ambientales.

6 Bibliografía

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

Capítulo 568

MÉTODO DE CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS EN FRÍO EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES.

LLANOS GARCIA ARANOS

ESPERANZA AGUILAR JIMENEZ

MARÍA PILAR PIERNAS SARRION

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA

1 Introducción

Es fundamental recordar que hay algunos alimentos que se pueden congelar. Uno de los métodos más populares de conservación de alimentos es la congelación, pero los alimentos deben prepararse y envasarse adecuadamente. Los alimentos deben estar identificados en el envase porque no todos se pueden conservar a bajas temperaturas el mismo tiempo. Podemos encontrar cosas como congeladores, armarios frigoríficos, cámaras fotográficas y frigoríficos.

Para evitar que los microorganismos crezcan rápidamente y comiencen a producir toxinas, los alimentos deben conservarse a una temperatura entre 3 °C y 0 °C.

Se debe considerar la descongelación para restaurar los alimentos a su estado normal, preservando al mismo tiempo su valor nutricional porque la baja temperatura del congelador, inferior a -18° C, inhibe la actividad bacteriológica y

enzimática que descompone los alimentos. Al igual que en los frigoríficos domésticos, los diferentes tipos de alimentos se envasarán adecuadamente antes de almacenarlos en las cámaras frigoríficas para evitar la contaminación cruzada. Es importante seguir los procedimientos correctos al congelar y descongelar. Los productos que ya han sido congelados no se pueden volver a congelar, y nunca se debe romper la cadena de frío y Además, los proveedores tienen prohibido introducir cajas o latas de conservas sin revisar para asegurarnos que vienen en condiciones.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los métodos de conservación de alimentos en frío en las cocinas de los hospitales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Si bien existen numerosas formas de conservar energía, nos centraremos en conservarla a bajas temperaturas. Existe un tiempo máximo que cada tipo de alimento se puede conservar en congeladores y frigoríficos. Es posible almacenar hasta 10 meses de carne y aves congeladas. El pescado debe congelarse hasta por 6 meses, pero los mariscos solo deben congelarse hasta por 2 o 3 meses. Las verduras y frutas se pueden congelar hasta por nueve meses después de limpiarlas y prepararlas. Se preparan limpios, pelados, cortados y frecuentemente escaldados, lo que implica sumergirlos en agua hirviendo por un breve período de tiempo. Deben envasarse inmediatamente después de su cocción, y se aconseja bajar rápidamente su temperatura con la ayuda de un abatidor, lo que mejora la calidad y seguridad de los alimentos de acuerdo con la normativa alimentaria. El proceso de refrigeración, que consiste en mantener los alimentos a temperaturas inferiores a 3 °C sin bajar de los 0 °C, prolonga la vida útil de los microorganismos al

hacer que crezcan más lentamente y dejen de producir toxinas.

Para preservar las cualidades intrínsecas del producto, los alimentos vendidos bajo la etiqueta "ultracongelados" han sido sometidos a una congelación rápida. Por este motivo, es necesario mantener la temperatura especificada hasta el momento de su consumo. También podemos congelar alimentos o platos preparados si se congelan de forma continua a una temperatura igual o inferior a -18°C en todas sus partes. El pescado se puede conservar en el frigorífico durante uno o dos días, mientras que las carnes se pueden conservar allí durante tres o cuatro días. Las verduras se pueden conservar en el frigorífico de 5 a 7 días, la leche de 3 a 4 días y los huevos de 2 a 3 semanas. Los alimentos cocidos se pueden conservar entre uno y tres días.

No es aconsejable congelar alimentos que tengan tendencia a partirse durante la regeneración, como ensaladas de verduras, champiñones, cremas y algunas salsas.

Para evitar el crecimiento de microorganismos, el procedimiento de descongelación debe realizarse a bajas temperaturas. Para que vaya perdiendo progresivamente su estado descongelado se aconseja conservar el producto congelado en el frigorífico. Es fundamental que el calor se distribuya uniformemente por todo el alimento si se va a cocinar en el momento. Nunca descongeles los alimentos en el fregadero porque se perderían los nutrientes. Para platos calientes, la regeneración debe realizarse a una temperatura mínima de 65°C y para platos fríos, hasta 8°C . Dado que los alimentos que ya han sido congelados nunca podrán ser descongelados, siempre se aconseja calcular los alimentos que se requieren al momento de descongelarlos. En las cámaras frigoríficas no se pueden combinar diferentes alimentos. Los alimentos que ya han sido cocinados y los ingredientes crudos no deben combinarse para evitar la contaminación cruzada.

5 Discusión-Conclusión

Para mantener la calidad, los nutrientes, el sabor y la textura de los alimentos, estos deben consumirse en las mejores circunstancias posibles. Esto exige precaución al almacenar alimentos a bajas temperaturas, considerar si los alimentos han sido congelados o refrigerados y cumplir con los protocolos para su regeneración, ya sea para platos fríos o calientes. Para detener el crecimiento y la actividad de los microorganismos en los alimentos, es fundamental etiquetarlos y envasarlos adecuadamente. Una descongelación correcta también ayuda a detener el crecimiento de microorganismos y garantiza que los alimentos lleguen a los consumidores en un entorno seguro. Necesitamos asegurarnos de que la

dieta de los consumidores sea suficiente y contribuya a mejorar sus condiciones, especialmente cuando es probable que esos consumidores no gocen de la mejor salud.

6 Bibliografía

1. <https://ikastaroak.ulhi.net/>
2. <https://www.intarcon.com/>
3. Guía para congelar y descongelar alimentos. [Internet] 27 de septiembre de 2019 [citado el 19 de marzo de 2021] Disponible en:<https://www.restaurantesolfamara.com/2019/09/27/guia-para-congelar-ydescongelar-alimentos/>
4. Directiva del Consejo de las Comunidades Europeas, de 21 de diciembre de 1988. 2021.

Capítulo 569

INTOXICACIONES Y TOXIFICACIONES ALIMENTARIAS QUE SE PUEDE ENCONTRAR EN LA COCINA DE LOS HOSPITALES

LLANOS GARCIA ARANOS

ESPERANZA AGUILAR JIMENEZ

MARÍA PILAR PIERNAS SARRION

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA

1 Introducción

Debido a la gravedad de cualquier enfermedad relacionada con el consumo de alimentos nocivos y sus efectos, se presta mucha atención a la preparación y control de los alimentos en las cocinas de los hospitales. Los elementos fundamentales de una cultura y una práctica preventiva eficaces para prevenir las enfermedades transmitidas por los alimentos son la gestión adecuada del almacenamiento de alimentos, una precaución adicional con las temperaturas cruciales de cocción y conservación y la formación de los profesionales que manipulan los alimentos. Para la aplicación práctica de la idea de seguridad alimentaria, los servicios de cocina de cualquier establecimiento hospitalario sirven como base. Una de las

principales prioridades del personal que trabaja en una cocina es la búsqueda de alimentos y preparaciones seguras para prevenir cualquier enfermedad que pueda afectar a los pacientes hospitalizados y que sea provocada por la manipulación y preparación de los alimentos.

Desde que se desarrollaron con éxito directrices que, entre otras cosas, garantizaban la ausencia de enfermedades provocadas por el consumo de alimentos y preparados contaminados, hoy es necesario el uso de sistemas de autocontrol alimentario como el Análisis de Peligros y de Puntos Críticos de Control (APPCC). Para garantizar una correcta gestión de los alimentos, este sistema, de carácter eminentemente preventivo, evalúa todos los riesgos y peligros relacionados con los alimentos.

2 Objetivos

Saber las enfermedades que son ocasionadas por el consumo de alimentos contaminados y distinguir los conceptos de alteración y contaminación alimentaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Al determinar qué enfermedades transmitidas por los alimentos son las más comunes, es importante distinguir entre contaminación y deterioro de los alimentos. La modificación de alimentos es el proceso de cambiar las propiedades morfológicas, sensoriales o nutricionales de un alimento. Estas modificaciones pueden conducir a la creación de subproductos tóxicos que hacen que un alimento específico no sea apto para el consumo humano.

Estos incluyen alteraciones estructurales de los alimentos provocadas por impactos, luz, humedad, temperatura, quemaduras por congelación, deshidratación, etc., aditivos, vino, productos químicos (degradación de grasas asociada a oxi-

dación, gases en conservas, oscurecimiento, oxidación, etc.) y la vida misma (bacterias, parásitos, criaturas, insectos o personas).

Los alimentos, por otro lado, se contaminan cuando entran en contacto con sustancias que no son seguras para el consumo humano, incluidos elementos físicos (aparición de cuerpos extraños como anillos, guantes o vidrio) y químicos (productos de limpieza) y los seres vivos (bacterias, virus, hongos y parásitos). Contaminación.

Produce intoxicación alimentaria, que tiene los siguientes efectos: a. Intoxicación alimentaria: una enfermedad provocada por el desarrollo de microorganismos de los alimentos en nuestro cuerpo.

B. La intoxicación alimentaria es una afección provocada por el consumo de toxinas o ingredientes alimentarios venenosos. Ingerir alimentos que contengan ingredientes tóxicos.

C. Cuando un agente biológico o sus toxinas se consumen a través de los alimentos, se produce una intoxicación alimentaria. A continuación se detallan las enfermedades más frecuentes provocadas por el consumo de alimentos contaminados.

A. el lugar de origen de las bacterias es.

El consumo de alimentos contaminados con bacterias coniformes, que se encuentran en el intestino humano, puede provocar *Escherichia coli*. Entre los signos y síntomas más frecuentes se encuentran náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal. Por lo general, ocurre entre 10 y 15 horas después de consumir alimentos como queso crema, leche cruda, verduras, carne, verduras y verduras.

Bacillus cereus y *Clostridium perfringens* son dos causas específicas de gastroenteritis. Resulta de la manipulación inadecuada de los alimentos, el consumo de alimentos crudos y la falta de prácticas higiénicas.

El botulismo puede desarrollarse en alimentos que entran en contacto con carne o pescado picado, enlatado o poco cocido. Los síntomas más frecuentes incluyen mareos, fatiga, visión borrosa y dificultades para respirar. Las bacterias se pueden eliminar de los alimentos hirviéndolos durante 6 minutos a 120 °C o 30 minutos a 65 °C.

Listeria monocytogenes es una bacteria que se puede encontrar en la leche cruda, los productos elaborados con ella, las carnes no pasteurizadas y los quesos no pasteurizados. Los síntomas de la meningitis incluyen fiebre y dolor de estómago. Debido a que esta bacteria es resistente al calor, al frío y a los ácidos, es imperativo cocinar los alimentos a temperaturas superiores a 70 °C.

Los roedores, los intestinos de personas y animales, los alimentos contaminados y las cáscaras de huevo son fuentes conocidas de salmonelosis. Los huevos y las

aves de corral son los alimentos más peligrosos. Pueden aparecer dolor abdominal, escalofríos, diarrea, fiebre y vómitos entre 12 y 14 horas después consumo. El producto debe cocinarse a 65 °C durante al menos 30 minutos para poder extraerlo.

5 Discusión-Conclusión

La contaminación cruzada, la manipulación descuidada, el momento o las técnicas de cocción inadecuados, el almacenamiento inadecuado o la conservación de los alimentos en el suelo son sólo algunas de las muchas causas potenciales de enfermedades que resultan de los alimentos contaminados. El riesgo de sufrir toxicidad alimentaria aumenta exponencialmente por todos estos factores, entre otros.

Uno de los principales objetivos de todos los implicados, no sólo en la cocina, sino en toda la cadena alimentaria del producto, es decir, desde el origen del alimento hasta el consumidor, es minimizar y evitar que algunos tipos de alimentos se contaminen. . Finalmente, en el caso de pacientes hospitalizados.

Todo ello mejorará la salud y satisfacción del paciente, así como la reputación del servicio gastronómico hospitalario.

6 Bibliografía

Larrañanga, I. (1998): Control e higiene de los alimentos. Grados Superior Sanidad. Madrid: MC Graw Hill.

Reglamento (CE) nº 85 /2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de abril de 2004, relativo a la higiene de los productos alimenticios.

Hernández Urzúa, M.A. (2016): Microbiología de los alimentos. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Capítulo 570

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS RADIACIONES TIPO ALFA

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

MARIA JESUS LEON GOMEZ

VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS

ISABEL MARIA HERNANDEZ DEL REY

JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS

1 Introducción

Las radiaciones alfa son un tipo de radiación ionizante que consiste en partículas alfa, que son núcleos de helio (dos protones y dos neutrones) altamente energéticos. Estas partículas alfa son emitidas por ciertos tipos de núcleos atómicos inestables durante un proceso llamado desintegración alfa, que es una forma de decaimiento radioactivo. Las radiaciones alfa son uno de los cuatro tipos principales de radiación ionizante, junto con las radiaciones beta, gamma y las partículas cargadas.

Algunas características clave de las radiaciones alfa incluyen:

- Carga y masa: Las partículas alfa tienen una carga positiva de +2 (debido a los dos protones) y una masa relativamente grande en comparación con otras

partículas subatómicas. Esto significa que son partículas pesadas en comparación con las partículas beta y gamma.

- Alcance: Debido a su masa y carga, las partículas alfa tienen un alcance corto en la materia. Por lo general, pueden ser detenidas por una hoja de papel, una capa de ropa o incluso la capa externa de la piel humana. Esto significa que las radiaciones alfa no son muy penetrantes y no representan un riesgo significativo para la exposición externa.
- Potencial de daño: A pesar de su alcance limitado, las partículas alfa pueden causar un daño significativo si ingresan al cuerpo, por ejemplo, a través de la inhalación o ingestión de materiales radiactivos que emiten partículas alfa. Cuando las partículas alfa interactúan con los tejidos vivos en el cuerpo, pueden causar daño celular y aumentar el riesgo de cáncer.
- Aplicaciones: Las radiaciones alfa tienen diversas aplicaciones en la industria y la investigación, pero también presentan riesgos potenciales si no se manejan adecuadamente. Se utilizan en dispositivos de detección de humo, en la terapia de cáncer con partículas pesadas y en algunas investigaciones nucleares.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del técnico de rayos en relación con las radiaciones tipo alfa mediante control, instrucción y capacitación de residuos activos.

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, también conocidos como tecnólogos radiológicos, generalmente no trabajan directamente con radiaciones tipo alfa en la mayoría de las situaciones clínicas o en entornos de radiología convencional. Las partículas

alfa son partículas cargadas altamente ionizantes y de corto alcance que generalmente no se utilizan en procedimientos médicos de diagnóstico o terapia en la radiología tradicional.

Sin embargo, en entornos de investigación, laboratorios nucleares o en la manipulación de materiales radiactivos que emiten radiaciones tipo alfa, los técnicos de radiología pueden desempeñar un papel en la seguridad radiológica y la protección contra la exposición a estas partículas. Aquí hay algunas funciones que los técnicos de rayos pueden tener en relación con las radiaciones alfa en estos contextos:

- Protección radiológica: Los técnicos de rayos pueden estar involucrados en el diseño y la implementación de procedimientos y medidas de seguridad radiológica para minimizar la exposición a radiaciones alfa. Esto puede incluir la selección y el uso adecuado de barreras de protección, tales como guantes, batas, protectores o cabinas blindadas.
- Control de exposición: Los técnicos pueden monitorear y medir las dosis de radiación alfa en el ambiente de trabajo utilizando detectores adecuados. Esto ayuda a garantizar que los niveles de radiación estén dentro de los límites seguros y que se tomen medidas correctivas si es necesario.
- Instrucción y capacitación: Los técnicos de rayos pueden proporcionar capacitación y educación a los trabajadores que manipulan materiales radiactivos para asegurarse de que comprendan los riesgos asociados con las radiaciones alfa y se adhieran a las prácticas de seguridad adecuadas.
- Gestión de residuos radiactivos: Los técnicos pueden estar involucrados en la gestión segura de desechos radiactivos, incluyendo el almacenamiento y la disposición adecuados de materiales contaminados con radiaciones alfa.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, las funciones del técnico de rayos en relación con las radiaciones tipo alfa se centran en la seguridad radiológica y la protección contra la exposición a estas partículas altamente ionizantes. Aunque los técnicos de rayos generalmente no trabajan directamente con radiaciones alfa en entornos clínicos, pueden estar involucrados en entornos de investigación o laboratorios donde se manipulan materiales radiactivos que emiten radiaciones alfa. Sus funciones incluyen la implementación de medidas de protección radiológica, el control de la

exposición, la capacitación de los trabajadores, la gestión de residuos radiactivos y la supervisión de instalaciones.

El manejo seguro de radiaciones alfa es fundamental para proteger la salud de los trabajadores y el público en general, y los técnicos de rayos desempeñan un papel importante en garantizar que se sigan prácticas de seguridad adecuadas y se minimice la exposición a estas partículas cargadas.

6 Bibliografía

- <https://espanol.epa.gov/espanol/informacion-basica-sobre-la-radiacion>

Capítulo 571

EL TECNICO DE RAYOS EN RADIOLOGÍA DE URGENCIAS EN TRAUMATISMO RENAL

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

MARIA JESUS LEON GOMEZ

VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS

ISABEL MARIA HERNANDEZ DEL REY

JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS

1 Introducción

El traumatismo renal, también conocido como lesión renal traumática, es una lesión que afecta a los riñones debido a un trauma o lesión física en la región abdominal o lumbar. Los riñones son órganos esenciales que desempeñan un papel crucial en la eliminación de desechos y la regulación de los fluidos y electrolitos en el cuerpo. Cuando los riñones sufren una lesión traumática, pueden experimentar daño estructural y funcional, lo que puede tener consecuencias graves para la salud.

El traumatismo renal puede ser causado por varios tipos de accidentes o eventos, que incluyen:

- Accidentes automovilísticos: Las colisiones de vehículos pueden generar fuerzas significativas que causen lesiones en los riñones, especialmente si el impacto es en la zona abdominal o lumbar.
- Lesiones deportivas: Algunos deportes de contacto, como el fútbol o el boxeo, pueden aumentar el riesgo de traumatismo renal si se produce un golpe directo en el área renal.
- Accidentes o caídas: Las caídas desde una altura o accidentes en el hogar o en el trabajo también pueden resultar en traumatismos renales si se produce un impacto en la región abdominal o lumbar.
- Heridas punzantes o cortantes: Las heridas penetrantes, como puñaladas o cortes profundos, pueden dañar directamente los riñones.
- Lesiones deportivas: Algunos deportes de contacto, como el fútbol o el boxeo, pueden aumentar el riesgo de traumatismo renal si se produce un golpe directo en el área renal.

2 Objetivos

- Enseñar las funciones del técnico de rayos en radiología de urgencias en un caso de un paciente con traumatismo renal.

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 síntomas del traumatismo renal pueden variar en gravedad y pueden incluir dolor en la zona abdominal o lumbar, sangre en la orina (hematuria), moretones en el área afectada, dificultad para orinar y sensibilidad en el costado. En casos graves, el traumatismo renal puede causar una hemorragia interna peligrosa o daño irreversible a los riñones.

El diagnóstico del traumatismo renal suele incluir estudios de imagen como la tomografía computarizada (TC) o la ecografía para evaluar la extensión del daño. El tratamiento puede variar según la gravedad de la lesión, pero puede incluir observación, medicamentos para el dolor, control de la presión arterial y, en casos graves, cirugía para reparar daños o detener la hemorragia.

El papel del técnico de rayos en el departamento de radiología de urgencias en casos de traumatismo renal es fundamental para obtener imágenes de alta calidad que ayuden en el diagnóstico y la evaluación de las lesiones renales. Aquí se describen las funciones y responsabilidades clave del técnico de rayos en esta situación:

- Toma de imágenes: El técnico de rayos lleva a cabo las radiografías siguiendo las indicaciones del médico de urgencias. Esto puede incluir la obtención de imágenes de las áreas abdominal y lumbar para evaluar cualquier lesión en los riñones y detectar la presencia de hemorragia o fracturas renales.
- Seguridad radiológica: Es fundamental seguir estrictas medidas de seguridad radiológica para proteger al paciente y al personal de exposición innecesaria a la radiación ionizante. Esto incluye el uso adecuado de delantales de plomo y otros dispositivos de protección.

El traumatismo renal es una lesión seria que requiere atención médica inmediata. Si se sospecha de un traumatismo renal, se debe buscar atención médica de emergencia para evaluar y tratar adecuadamente la lesión y prevenir complicaciones graves.

5 Discusión-Conclusión

El técnico de rayos debe mantener registros precisos de los procedimientos realizados, la dosis de radiación administrada y otros detalles relevantes para la historia clínica del paciente. Es importante comunicar cualquier hallazgo o problema inmediatamente al equipo médico para garantizar una atención oportuna y adecuada al paciente.

En resumen, el técnico de rayos en el departamento de radiología de urgencias desempeña un papel esencial en la evaluación de traumatismos renales al obtener imágenes de calidad que ayudan en el diagnóstico y tratamiento. La rapidez y la precisión son cruciales en situaciones de urgencia, y el técnico de rayos juega un papel fundamental en la atención al paciente y en el apoyo al equipo médico en

estas circunstancias.

6 Bibliografía

- <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-pdf-13144548>

Capítulo 572

EL PINCHE DE COCINA ANTE EL PLATO TESTIGO. CONOCIMIENTO E INSTRUCCIONES DE TRABAJO PARA CREAR EL PLATO TESTIGO EN LAS COCINAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

ROBERTO DIAZ LOSADA

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

GEMA SORIA LOZANO

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

1 Introducción

Se entiende como plato testigo a la actuación realizada por las instituciones sanitarias, comedores públicos y residencias para la prevención de intoxicaciones alimentarias. El plato testigo consiste en la reserva de un plato individual (muestra) para poder analizarlo en un futuro cuando se produzca el desarrollo de una enfermedad alimentaria debido a una intoxicación alimentaria.

No es necesario guardar una gran muestra de cada elaboración alimentaria, con una pequeña muestra es suficiente para un futuro análisis si fuese necesario para confirmar la enfermedad alimentaria.

El plato testigo es una actuación recogida en el Decreto 3484/2000, en la cual se establecen las normas de higiene en la elaboración, distribución y comercio de comidas preparadas, concretamente en el artículo 10. Dicho artículo establece:

- Los responsables de las cocinas de los centros sanitarios, comedores públicos, colegios o residencias deben desarrollar acciones permanentes de autocontrol.
- Estas actuaciones de autocontrol deberán encontrarse acordes a las características propias del alimento en materia prima, así como durante los procesos de elaboración y las condiciones físicas de la cocina.
- Las actuaciones de autocontrol deben basarse en: o Identificar los peligros de cada uno de los alimentos. o Realizar un registro de las actuaciones de autocontrol realizadas. o Verificar de manera regular que el sistema de autocontrol funciona correctamente.

2 Objetivos

- Definir el concepto de plato testigo como medida para la prevención de intoxicaciones alimentarias en los centros hospitalarios.
- Conocer el artículo en el cual se determina el funcionamiento del plato testigo.
- Enumerar las fases por las cuales se debe pasar durante la elaboración del plato testigo.

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 van a detallar las instrucciones realizadas por los pinches de cocina durante la elaboración del plato testigo.

Sistemas de autocontrol permanente.

Fases de elaboración del plato testigo.

Con la finalidad de conocer el origen del brote alimentario para poder determinar las medidas preventivas posteriores.

Proceso de recogida de platos testigo.

Será necesario la realización de tres fases durante la recogida de la muestra o plato testigo.

1. Toma de muestras de la elaboración, recogidas diariamente.
2. Elección del método idóneo para la recogida de la muestra.
3. Interpretar los resultados obtenidos con la recogida de la muestra.

Durante la recogida de muestras se deberán registrar de manera minuciosa los siguientes datos:

- Fecha de elaboración de la muestra.
- Tipo de alimento o elaboración.
- Lugar de recogida de la muestra.
- La presencia de niveles irregulares en los patrones estudiados.
- Valorar los siguientes factores: o Características de los alimentos. o Prácticas para el mantenimiento de la higiene. o Elaboración, manipulación, envasado y almacenamiento del alimento.

Medios necesarios para la recogida de muestras.

La recogida de muestras en los platos testigos deberá realizar manteniendo unas medidas de higiene estrictas, utilizando recipientes estériles, cerrados y etiquetados.

El traslado de estas muestras a los laboratorios para su posterior análisis deberá realizarse en medios que mantengan el plato testigo entre los 4 y 6°.

Emplatado, conservación y vigilancia del plato testigo.

- Emplatado.

Deberá servirse del mismo modo que el resto de los alimentos, ya que es una muestra recogida de los alimentos que van a ser servidos.

- Conservación.

El emplatado de las elaboraciones se produce a través de unas cintas que mantendrán la temperatura necesaria de cada elaboración.

- Vigilancia.

Se deberá vigilar el proceso, el producto y la temperatura de este durante el emplatado y la conservación de los alimentos.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que la gobernanta de la cocina de un centro hospitalario haga hincapié tanto a sus cocineros como a los pinches de cocina para que realicen

correctamente el plato testigo de cada una de las comidas elaboradas en sus cocinas, de esta manera se podrá comprobar en un futuro las posibles intoxicaciones producidas en las cocinas y evitar futuras infecciones.

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.
- Decreto 3484/2000, sobre normas de higiene en la elaboración, distribución y comercio de comidas preparadas.

Capítulo 573

EL TÉCNICO AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS PRINCIPALES FUNCIONES QUE DESARROLLA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

ANGELA SERRANO LOPEZ

1 Introducción

Podemos definir la atención primaria como un nivel fundamental que se engloba dentro del sistema de atención sanitaria. Es aquella atención médica básica que se ofrece a los pacientes como primer paso a seguir con el sistema sanitario.

Su principal objetivo es proporcionar una atención continuada e integral a los pacientes a lo largo de su vida, solucionando los problemas que vayan surgiendo según sus necesidades y siempre con un contexto holístico.

El técnico auxiliar administrativo dentro del servicio de atención primaria centra sus principales funciones en los centros de salud, donde será el encargado de gestionar las citas, realizar atención telefónica, entregar informes.

Para poder realizar su trabajo dispone de diferentes dispositivos como: fotocopadoras, ordenadores, teléfonos, fax...

La atención primaria es la puerta de entrada para los usuarios al servicio de salud. Combina diferentes métodos y tecnologías y se proporciona al alcance de todos los usuarios y la comunidad.

La atención primaria forma parte del sistema nacional de salud, siendo la función principal y central, siendo el servicio más económico que se ofrece a la comunidad.

Es el primer nivel de asistencia al que pueden acceder los pacientes y ofrece una asistencia de manera continua durante toda su vida.

2 Objetivos

Identifica cuáles son las principales funciones que desarrolla el personal técnico auxiliares administrativos en el servicio de atención primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliografía utilizando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar, Ocronos.

También se ha consultado la literatura existente en referencia con las funciones que desarrolla el técnico auxiliar administrativo en el servicio de atención primaria.

4 Resultados

El servicio de atención primaria es el primer escalón que nos encontramos en el sistema de salud.

A la llega al centro de salud la primera persona que se encuentran son a los técnicos auxiliares administrativos.

Los técnicos auxiliares administrativos dentro del entorno sanitario desarrollan diferentes funciones, estas pueden variar según la organización o el nivel de responsabilidad, entre ellas podemos destacar las siguientes:

-Recepción y atención al público: Serán las primeras personas encargadas de atender a los pacientes que llegan al servicio de salud, proporcionándoles la información que precisen en cada momento, programarán citas con los médicos especialistas que necesiten según el criterio del médico de familia.

Gestión de citas: Deberán de programar y gestionar todas las citas médicas, así como la coordinación de horarios para asegurarse que los pacientes reciban las confirmaciones de citas.

- Registro y documentación: Se registraran todos los datos de los pacientes en las historias clínicas, adjuntando los informes de diagnóstico o documentación que sea importante.
- Gestión de recursos: Una de las tareas administrativas que deben de desarrollar es la gestión de los suministros médicos y el material que se precise dentro del centro de salud.
- Facturación y cobro: Se realizará la facturación de los servicios médicos y las reclamaciones de los seguros para que se procedan a su pago.
- Formación y actualización: Los auxiliares administrativos deberán de conocerse todas las políticas, leyes y procedimientos que se encuentren en vigor ara realizar sus funciones correctamente.
- Soporte tecnológico: Conocer los sistemas informáticos con los que se trabaja para poder garantizar una asistencia de calidad al paciente.
- Coordinación de reuniones y eventos: Será el encargado de realizar reuniones y eventos así como conferencias o congresos en referencia con el ámbito de la salud.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar el técnico auxiliar administrativo desarrolla diferentes funciones dentro del entorno de la atención primaria.

Su función es importante para que todo funcione correctamente.

Los auxiliares administrativos deberán de tener toda su información actualizada ya que deberán de manejar diferentes programas informáticos para poder acceder a toda la información de los pacientes y poder brindarles una asistencia de calidad.

Entendemos la atención primaria como el primer eslabón al que acceden los pacientes y además garantiza un servicio continuo y de por vida para solucionar en cada etapa de su vida los problemas que vayan surgiendo, evitando así una asistencia al servicio de urgencias que no es necesaria.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-administrativas-en-atencion-primaria/#:>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_

<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-algunas-claves-gestion-demanda-atencion>

<https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-atencion-primaria/>

Capítulo 574

COMETIDO DEL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DE PACIENTE PARA QUIRÓFANO

ALMUDENA REDONDO GARCÍA

MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA

JESUS RAMIREZ VELASCO

FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO DÍAZ

JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS

1 Introducción

Un paciente que es preparado para quirófano desde planta hospitalaria se encuentra en una fase crítica de su atención médica. Esta preparación implica una serie de procesos y medidas destinadas a garantizar que el paciente esté listo para someterse a una intervención quirúrgica de manera segura y efectiva.

En primer lugar, la preparación incluye la revisión exhaustiva de la historia clínica del paciente, que abarca desde su estado de salud actual hasta cualquier condición médica previa, alergias, medicamentos que esté tomando y resultados de pruebas diagnósticas. Esto permite al equipo quirúrgico conocer a fondo la salud del paciente y planificar la cirugía de manera adecuada.

Además, se realizan evaluaciones preoperatorias para garantizar que el paciente esté en las mejores condiciones posibles para la cirugía. Esto puede implicar ajustes en la medicación, la administración de fluidos intravenosos y otros tratamientos específicos según las necesidades individuales del paciente.

La preparación también implica medidas de seguridad, como la identificación adecuada del paciente y el sitio quirúrgico, para evitar errores médicos. Se brinda apoyo emocional al paciente para reducir la ansiedad y el estrés que puede experimentar antes de la cirugía.

La preparación de un paciente para quirófano desde planta hospitalaria es un proceso completo que abarca la revisión de la historia clínica, evaluaciones médicas, medidas de seguridad y apoyo emocional. El objetivo principal es garantizar la seguridad y el bienestar del paciente durante la cirugía y promover resultados exitosos.

2 Objetivos

Conocer el papel del celador en la preparación del paciente para el quirófano.

3 Metodología

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

4 Resultados

El rol del celador en la intervención de un paciente que entra en quirófano es esencial para garantizar un proceso quirúrgico seguro y eficiente. Las funciones del celador en esta fase son variadas y cruciales para el bienestar del paciente y el funcionamiento del quirófano.

Preparación del quirófano: El celador participa en la preparación del quirófano antes de la cirugía. Esto incluye la verificación de que todos los equipos médicos y suministros estén en su lugar, que las luces y el equipo de anestesia estén

funcionando correctamente y que el quirófano esté limpio y esterilizado.

Transporte del paciente: Una de las tareas más importantes del celador es el traslado seguro del paciente desde su habitación o sala de espera hasta el quirófano. Esto implica la identificación del paciente, la verificación del consentimiento informado y la movilización segura del paciente en la camilla.

Asistencia al equipo médico: El celador colabora estrechamente con el equipo quirúrgico y de anestesia en la preparación del paciente. Puede ayudar en la colocación del paciente en la mesa quirúrgica, en la instalación de dispositivos de monitorización y en la preparación del equipo de anestesia.

Mantenimiento de la asepsia: El celador debe seguir estrictamente las normas de asepsia y esterilización para mantener el ambiente quirúrgico libre de contaminantes. Esto incluye la entrega de instrumentos estériles al equipo médico durante la cirugía.

Soporte emocional: El celador también desempeña un papel crucial al brindar apoyo emocional al paciente antes de entrar al quirófano. Puede tranquilizar al paciente, responder preguntas y ayudar a reducir la ansiedad.

Registro de información: Es importante que el celador mantenga registros precisos de la información relevante, como la hora de ingreso al quirófano, los materiales utilizados y cualquier evento relevante durante la cirugía.

Traslado postoperatorio: Después de la cirugía, el celador transporta al paciente de regreso a su habitación o área de recuperación de manera segura. Esto también implica la verificación de la identidad del paciente y la comunicación de información relevante al personal de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Una buena recepción del paciente en quirófano es esencial para garantizar un proceso quirúrgico seguro y cómodo.

El celador desempeña un papel fundamental en la preparación y el apoyo durante la intervención quirúrgica de un paciente. Su trabajo contribuye significativamente a la seguridad y el bienestar del paciente y al éxito de la cirugía en general.

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 575

COMETIDO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DOMICILIARIO.

ALMUDENA REDONDO GARCÍA

MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA

JESUS RAMIREZ VELASCO

FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO DÍAZ

JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS

1 Introducción

La rehabilitación domiciliaria es un enfoque de atención médica que brinda servicios de rehabilitación en el hogar del paciente. Se aplica a personas que necesitan recuperarse de lesiones, cirugías o enfermedades, pero que pueden no ser capaces de asistir a un centro de rehabilitación. Esta modalidad de atención se adapta a las necesidades individuales del paciente y se realiza bajo la supervisión de profesionales de la salud.

Los servicios de rehabilitación domiciliaria pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y otros tratamientos especializados. El objetivo principal es restaurar la función física y mejorar la calidad de vida del paciente en su entorno familiar. Esto puede incluir la recuperación de la movilidad, la fuerza muscular, la independencia en las actividades de la vida diaria y la comunicación.

La ventaja clave de la rehabilitación domiciliaria es que permite una atención personalizada y cómoda en el hogar del paciente, lo que puede acelerar la recuperación y minimizar el estrés asociado con los desplazamientos. Además, involucra a la familia y el entorno del paciente en el proceso de rehabilitación, lo que puede ser beneficioso para su bienestar emocional.

La rehabilitación domiciliaria es un enfoque de atención médica centrado en el paciente que brinda servicios de rehabilitación en el hogar, con el objetivo de mejorar la función física y la calidad de vida de las personas que se están recuperando de lesiones o enfermedades.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del celador en el servicio de rehabilitación domiciliario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador desempeña un papel fundamental en el proceso de rehabilitación domiciliaria al brindar apoyo logístico y emocional tanto al paciente como al equipo de atención médica. Sus funciones incluyen:

- Asistencia en la movilización: El celador ayuda al paciente a desplazarse de manera segura dentro y alrededor de su hogar. Esto puede incluir la asistencia en la transferencia de la cama a una silla o en la realización de ejercicios de movilidad prescritos por el terapeuta.
- Apoyo en las actividades de la vida diaria: El paciente puede necesitar ayuda con tareas cotidianas como vestirse, asearse o preparar comidas. El celador puede brindar asistencia con estas actividades para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente.

- Mantenimiento del entorno: Asegurarse de que el entorno del paciente esté limpio, organizado y libre de obstáculos es esencial para prevenir caídas y lesiones. El celador puede ayudar en la organización del hogar para crear un ambiente seguro.
- Transporte: Si es necesario, el celador puede acompañar al paciente a las citas médicas o terapias fuera del hogar, asegurándose de que lleguen de manera segura y puntual.
- Apoyo emocional: La rehabilitación puede ser un proceso desafiante, y el celador puede brindar apoyo emocional al paciente, escuchando sus preocupaciones y ofreciendo compañía y conversación.
- Comunicación con el equipo de atención médica: El celador actúa como enlace entre el paciente y el equipo médico, informando sobre el progreso del paciente, las necesidades cambiantes y cualquier problema que pueda surgir.
- Registro de información: Mantener un registro de las actividades diarias del paciente, su progreso en la rehabilitación y cualquier incidente o cambio en su condición es esencial para el seguimiento adecuado de su atención.
- Educación al paciente y familia: El celador puede proporcionar información y educación al paciente y su familia sobre la administración de medicamentos, el seguimiento de ejercicios o cualquier otra instrucción proporcionada por el equipo médico.
- Seguridad: Velar por la seguridad del paciente es una responsabilidad clave. El celador debe estar atento a posibles riesgos y tomar medidas para prevenir accidentes.
- Coordinación de recursos: Ayudar en la gestión de suministros médicos, equipos de rehabilitación y otros recursos necesarios para la atención del paciente.

El celador desempeña un papel integral en la rehabilitación domiciliaria al proporcionar apoyo físico, emocional y logístico al paciente y al equipo de atención médica. Su presencia contribuye significativamente a la recuperación y comodidad del paciente en su entorno familiar.

5 Discusión-Conclusión

Para un óptimo tratamiento de rehabilitación domiciliaria, el celador desempeña un papel esencial. Primero, es fundamental establecer una relación de confianza y empatía con el paciente, brindando apoyo emocional y alentando su motivación. La comunicación efectiva con el equipo de atención médica es clave para asegurar una atención coordinada y personalizada.

Además, mantener un ambiente seguro y libre de obstáculos en el hogar del paciente es crucial para prevenir caídas y lesiones. El celador debe estar alerta a cualquier necesidad de adaptación en el entorno y garantizar que el paciente pueda moverse de manera segura.

Es fundamental seguir cuidadosamente las indicaciones médicas y terapéuticas, y registrar el progreso y los cambios en la condición del paciente. La educación constante al paciente y su familia sobre las pautas de cuidado y ejercicios es esencial para su recuperación.

El celador desempeña un papel valioso en la rehabilitación domiciliar al brindar apoyo emocional, mantener un ambiente seguro y asegurar la comunicación efectiva para lograr una recuperación exitosa del paciente en su hogar.

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 576

COMETIDO DEL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUE RECIBE EL ALTA

ALMUDENA REDONDO GARCÍA

MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA

JESUS RAMIREZ VELASCO

FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO DÍAZ

JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS

1 Introducción

Un paciente que recibe el alta hospitalaria es aquel individuo que, después de haber sido admitido en un entorno hospitalario para recibir atención médica y tratamiento, ha alcanzado un estado de salud y estabilidad que permite su regreso al entorno domiciliario o comunitario. El alta hospitalaria marca el final de la estadía hospitalaria y es un proceso crucial en el ciclo de atención médica.

Durante su estadía en el hospital, el paciente puede haber sido sometido a evaluaciones médicas, diagnósticos, procedimientos quirúrgicos o tratamientos terapéuticos diseñados para abordar sus necesidades de salud específicas. El alta hospitalaria implica una evaluación exhaustiva de su condición actual y un juicio clínico por parte del equipo médico de que el paciente está lo suficientemente recuperado y estable como para continuar su recuperación fuera del hospital.

Además, el alta hospitalaria incluye recomendaciones para el cuidado continuo, como medicamentos recetados, seguimiento médico programado y pautas de autocuidado. Es esencial que el paciente y sus cuidadores comprendan estas recomendaciones y estén preparados para seguir el plan de atención después de regresar a casa.

El alta hospitalaria representa un hito en el proceso de atención médica en el que un paciente, después de recibir atención y tratamiento en un entorno hospitalario, es considerado lo suficientemente saludable y estable como para continuar su recuperación en su entorno habitual, con el apoyo de un plan de atención médica personalizado.

2 Objetivos

Describir el papel del celador en la preparación del paciente que recibe el alta para una buena despedida para ambos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El rol del celador ante el paciente que recibe el alta hospitalaria es fundamental para garantizar una transición segura y efectiva desde el entorno hospitalario hasta el hogar o la comunidad. A continuación, se detallan algunas de las funciones esenciales que desempeña el celador en este contexto:

Apoyo en la logística: El celador ayuda a coordinar la logística del alta hospitalaria. Esto incluye asegurarse de que el paciente tenga todos sus pertenencias y documentos personales en orden antes de partir.

Movilización del paciente: Ayudar al paciente a moverse desde su habitación hasta la salida del hospital. Esto puede implicar el uso de sillas de ruedas, camillas o cualquier otro medio necesario para facilitar el traslado.

Entrega de información: El celador puede proporcionar información básica sobre los próximos pasos, como la ubicación de la salida, el lugar de estacionamiento o el área de taxis, lo que ayuda al paciente y a sus familiares a orientarse.

Colaboración con el personal de enfermería: Trabajar en conjunto con el personal de enfermería para garantizar que el paciente esté debidamente preparado y listo para el alta. Esto puede implicar la confirmación de medicamentos recetados y recomendaciones de cuidado posterior.

Apoyo emocional: Brindar apoyo emocional al paciente y sus familiares. El alta hospitalaria puede ser un momento emocionalmente desafiante, y el celador puede ofrecer palabras de aliento y comprensión.

Respetar la privacidad y la dignidad: Asegurarse de que el paciente se sienta cómodo y respetado durante el proceso de alta. Esto incluye garantizar que su privacidad sea protegida en todo momento.

Seguridad: Velar por la seguridad del paciente durante el traslado y la salida del hospital. Esto implica garantizar que el paciente esté debidamente asegurado en una silla de ruedas o camilla si es necesario y que no esté en riesgo de caídas.

Comunicación efectiva: Mantener una comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería para asegurarse de que todos estén al tanto de los detalles del alta y de cualquier necesidad especial del paciente.

Documentación: A menudo, el celador es responsable de documentar el alta del paciente, asegurándose de que todos los procedimientos y protocolos se sigan adecuadamente.

Orientación: Brindar orientación básica al paciente y sus familiares sobre cómo proceder una vez que estén fuera del hospital, incluyendo citas de seguimiento, medicamentos y cuidado en el hogar.

El celador juega un papel integral en el proceso de alta hospitalaria al proporcionar apoyo logístico, emocional y de seguridad para garantizar que el paciente reciba una transición segura y cómoda desde el entorno hospitalario hasta su hogar o comunidad. Su presencia y atención a los detalles son esenciales para un alta exitosa y sin complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, para despedirse adecuadamente de un paciente que recibe el alta, es esencial transmitir empatía y profesionalismo. En primer lugar, al acercarse al paciente y su familia, el celador debe expresar su alegría por la mejora del paciente y su vuelta a casa. Puede decir algo como: "Nos alegra mucho ver su progreso y que esté listo para volver a casa". Esto muestra comprensión y felicidad por el bienestar del paciente.

En segundo lugar, el celador debe ofrecerse a ayudar en cualquier última necesidad logística, como asegurarse de que tengan todas sus pertenencias y proporcionar información de contacto en caso de que surja alguna pregunta o inquietud después de su salida. Además, recordar al paciente que siempre serán bienvenidos si necesitan regresar para cualquier tipo de atención futura es una manera reconfortante de cerrar la interacción. En resumen, una despedida que combine empatía, apoyo logístico y un mensaje de bienvenida puede dejar una impresión positiva y tranquilizadora en el paciente y su familia. 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. 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 577

CÓMO MANIPULAR EL GÉNERO QUE ENTRA EN UNA COCINA HOSPITALARIA

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

AURELIA GARCÍA JIMENEZ

FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE

MARÍA DOLORES HERAS ARCAS

MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA

1 Introducción

Las cuestiones relativas a la dieta, la seguridad alimentaria y la mortalidad están estrechamente relacionadas con la morbilidad y la mortalidad. De hecho, según la Organización Mundial de la Salud, el 40 por ciento de las enfermedades transmitidas por los alimentos están directamente relacionadas con una mala manipulación de los alimentos.

Es fundamental inculcar en los trabajadores de las cocinas hospitalarias hábitos académicos y de comportamiento relacionados con una buena alimentación aparte no se puede subestimar la importancia de tener buen conocimientos dietéticos y normas de comportamiento y es muy fundamental inculcar a dichos trabajadores los conocimientos y conductas relacionadas con la alimentación.

Aproximadamente 600 millones de personas, o casi 1 de cada 10, contraen una enfermedad por consumir alimentos contaminados cada año y algunas de ellas fallecen como resultado. Las bacterias, virus, parásitos o sustancias químicas que ingresan al cuerpo a través de alimentos o agua en mal estado suelen tener una naturaleza infecciosa o tóxica y causar problemas de salud. Estos patógenos pueden causar meningitis o diarrea extremadamente severa etc.

Las bacterias más comunes que causan salmonella, gastroenteritis y otras afecciones.

Por ello es fundamental tener en cuenta que cuando se habla de manipulación de alimentos, la seguridad alimentaria se refiere a todos los alimentos que no dañan a sí mismos ni a quienes los consumen y que, junto con sus cualidades nutricionales, comerciales y organolépticas, constituyen la característica fundamental de un alimento.

Todos debemos seguir un conjunto de mejores prácticas para garantizar la calidad de los alimentos mediante una manipulación y tratamiento adecuados, independientemente de que seamos profesionales en la materia o no y más trabajando en la cocina de un hospital por la delicada situación de los pacientes que están ingresados. Enumeramos algunas medidas de seguridad que se deben tomar, como mantener las manos limpias, no toser ni estornudar al tocarse la nariz, vestirse únicamente con ropa de negocios y no fumar entre otras.

Por ello, la educación sanitaria de quienes manipulan alimentos es crucial y muy eficaz para prevenir enfermedades provocadas por una manipulación inadecuada de los alimentos.

2 Objetivos

Conocer los requisitos que debe de conocer un trabajador de la cocina hospitalaria en la cocinas de los hospitales sobre la manipulación de alimentos y sus riesgos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los manipuladores de alimentos son esenciales en su línea de trabajo porque con frecuencia entran en contacto con los alimentos durante diversos procesos como preparación, fabricación, procesamiento, envasado, almacenamiento, transporte y servicio. Al manipular alimentos, los microorganismos patógenos pueden propagarse y entrar en contacto con ellos, lo que puede provocar problemas de salud en el consumidor. Esto se debe a que se deben respetar normas básicas de higiene.

El guía tiene una tarea difícil por delante, por lo que necesita formar una serie de hábitos y patrones de comportamiento que harán que su trabajo sea completamente moral. Los manipuladores de alimentos se pueden dividir en dos niveles según el nivel de riesgo que implica su línea de trabajo. Identificamos a los manipuladores de alimentos que tienen contacto directo con alimentos que no han sido procesados adicionalmente antes de servirlos al consumidor como manipuladores de alto riesgo. Como resultado, este nivel incluye a quienes ayudan en la preparación de alimentos, como los ayudantes de cocina. Por otro lado, los manipuladores de bajo riesgo, como los transportadores de alimentos, se ocupan de alimentos que estarán expuestos a procedimientos de fabricación antes de ser consumidos.

Las pautas para fomentar y promover programas de formación en higiene alimentaria para el colectivo de personas que manipulan alimentos se encuentran en el Real Decreto 2505/1983, de 4 de agosto, que detalla las normas que deben cumplir los manipuladores de alimentos, en este caso los ayudantes de cocina. en cuanto a prácticas de manipulación e higiene.

Para frenar la propagación de enfermedades a los consumidores, como ya hemos mencionado, es fundamental practicar una buena higiene. A nivel particular del trabajador, las reglas fundamentales están.

El mejor estado de salud es estar libre de enfermedades transmisibles.

Cortarse las uñas y lavarse las manos antes de manipular alimentos son ejemplos de buena higiene personal.

Es apropiada vestimenta de trabajo formal con todos los accesorios necesarios, incluidos gorros y guantes.

También debemos respetar una serie de pautas para el mantenimiento y limpieza del mobiliario de los edificios:

Limpieza de herramientas y superficies después de manipular alimentos.

Antes de servir la comida, limpiar los platos y utensilios.

Utilizar únicamente los productos de limpieza recomendados.

Los escombros deben eliminarse raspando.

Después del enjuague, utilizar agua potable.

Limpiar las superficies de corte con tanta frecuencia como sea necesario.

Los principales problemas con la manipulación de alimentos son su salud y seguridad durante los procesos de servicio, comercialización y transporte.

5 Discusión-Conclusión

Los alimentos son una necesidad para el ser humano, por lo que su calidad, inocuidad y contenido nutricional son atributos que mejorarán la calidad de vida y la salud de las personas. Los errores en la manipulación de alimentos provocarán la propagación de enfermedades y otros problemas de salud entre las poblaciones. Los diversos pasos de la cadena de suministro de alimentos, desde la producción de alimentos hasta su servicio a los consumidores, pueden exacerbar los principales problemas de salud asociados con la manipulación inadecuada de los alimentos. Numerosas infecciones virales y bacterianas, así como una variedad de síntomas como diarrea y vómitos, se deben principalmente a problemas con la seguridad alimentaria.

Uno de los requisitos que deben cumplir todos los profesionales que trabajan directamente con alimentos en la actualidad es la tarjeta de manipulador de alimentos, que les puede permitir desempeñar sus funciones, se encuentran entre esos grupos de expertos que, además de contar con el citado carné de manipulador de alimentos, hay que estar informándose continuamente a través de talleres y cursos sobre el tema. Somos extremadamente estrictos en el cumplimiento de los protocolos y estándares establecidos con respecto a la higiene de los alimentos porque desempeñamos un papel muy importante en el manejo, conservación y preparación de los alimentos.

6 Bibliografía

1. López Palomino MB, Garrido Amable O, Vargas Izquierdo J, Semper González AI. Experiencias de capacitación a manipuladores de alimentos desde la promoción de salud.
2. Organización Mundial de la Salud. Inocuidad de los alimentos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/food-safety>.

Capítulo 578

LOS PELIGROS FÍSICOS, QUÍMICOS Y FISIOLÓGICOS QUE SE ENCUENTRAN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

AURELIA GARCÍA JIMENEZ

FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE

MARÍA DOLORES HERAS ARCAS

MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA

1 Introducción

Hay varios peligros en las cocinas que debemos evitar, y es crucial para la seguridad de los alimentos que los manipuladores enfermos sean retirados de sus trabajos. Los peligros biológicos transmitidos por los alimentos incluyen parásitos, virus y bacterias. Estos se pueden encontrar en superficies, productos crudos y manipuladores. Sin embargo, los riesgos son los mismos al momento de preparar la comida; por lo tanto, el manipulador debe estar debidamente capacitado. El cocinero, el ayudante y el camarero desempeñan un papel crucial en la prevención de estos riesgos. Las cocinas pueden ser de diferentes tamaños: más pequeñas, más grandes, de restaurante y comunitarias, y aquí es donde nos basaremos. Deben ser flexibles y operar en condiciones seguras de manipulación de alimentos. Hay muchos tipos diferentes de cocinas, incluidas cocinas más pequeñas,

más grandes, de restaurante y comunitarias. Sin embargo, cuando se trata de identificar peligros, todos son iguales y el trabajador tiene la gran responsabilidad de evitarlos. Desde el momento en que se entregan las materias primas hasta que se termina de servir la comida, los peligros, independientemente de su tipo, se pueden encontrar en el emplatado, por lo que se debe de controlar estos peligros por la salud de los trabajadores y los pacientes ingresados.

2 Objetivos

Conocer los peligros físicos, químicos y fisiológicos que se encuentran en las cocinas hospitalarias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los peligros físicos, químicos y biológicos son las tres categorías en las que se dividen.

Riesgos físicos: Nos referimos a cualquier sustancia extraña que esté presente en los alimentos y provenga de las operaciones de manipulación y procesamiento como contaminación externa.

Este riesgo podría deberse a materias primas contaminadas, técnicas de manipulación descuidadas, etc.

Riesgos químicos: Contaminación accidental con herbicidas, pesticidas, productos de limpieza, etc.). Pueden ser provocados por la adición de productos químicos, aditivos y conservantes alimentarios, productos para el engorde de animales, antibióticos, etc. Pueden estar presentes de forma natural en los alimentos o pueden estar hechos de productos animales o vegetales.

Los peligros biológicos incluyen hongos, virus, bacterias, parásitos y otros organismos que pueden provocar intoxicación alimentaria.

Las toxinas que se encuentran en los patógenos pueden consumirse y provocar intoxicaciones. Cada vez que se manipulan alimentos se debe asumir que la persona que los manipula puede estar enferma, aunque no lo esté. Al hacer esto, podemos evitar que se produzca una contaminación innecesaria.

Durante las infecciones se consumen varios microorganismos transmitidos por los alimentos, lo que permite su crecimiento y el desarrollo de enfermedades. Manipuladores y portadores de alimentos: si un animal o una persona es portador de una enfermedad, tiene el potencial de contaminar los alimentos que se manipulan. o la necesidad de erradicar los microbios. Si los manipuladores interactúan con el género, podrían contaminarse. El trabajador siempre debe actuar como si tuviera una enfermedad porque puede ser portador sin ser consciente de ello. Naturales y típicamente transitorios, pueden ocurrir en la nariz o la garganta. Si contamina los alimentos, esta bacteria puede ser la fuente de intoxicación alimentaria. La capacidad de usar guantes y una máscara para prevenir el envenenamiento no siempre está presente en un transportista.

5 Discusión-Conclusión

A la hora de cocinar hay que ser consciente de todos los riesgos que se pueden evitar. Debemos considerar suficientemente el APPCC o cualquier otra metodología para determinar la importancia de identificar los Puntos Críticos de Control para poder tomar esta decisión. Determinar si determinadas etapas requieren vigilancia para mantenerlas bajo control en todo momento una vez identificados los peligros pertinentes, o si, por el contrario, la aplicación de buenas prácticas de fabricación o requisitos higiénico-sanitarios son suficientes para controlar y evaluar el riesgo. Los trabajadores deben recibir una formación adecuada para garantizar que estos peligros no se materialicen, con relevancia para cada peligro y la identificación de cada uno de estos peligros.

6 Bibliografía

1. <https://op.europa.eu/>.
2. <https://www3.paho.org/>.

Capítulo 579

LA GESTIÓN DE RESIDUOS Y RECICLAJE EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

AURELIA GARCÍA JIMENEZ

FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE

MARÍA DOLORES HERAS ARCAS

MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA

1 Introducción

El Diseño del Plan de Gestión de Residuos, las cocinas hospitalarias también deberán contar con un Plan de Vigilancia, un sistema de medidas correctoras y registros de envíos a las empresas homologadas que manipulan los distintos desechos y residuos. La Directiva 852/2004 de la U.E. existente en su Capítulo VI. De acuerdo con la normativa comunitaria al efecto, todos los residuos deben eliminarse de forma higiénica y sin poner en peligro el medio ambiente, y no pueden ser una fuente directa o indirecta de contaminación, según el artículo 4. La cocina es un servicio que tiene un impacto ambiental significativo y alto consumo energético dentro del complejo hospitalario. Sin embargo, hay un importante margen de mejora y el volumen de compras y permite orientar la política de compras

tradicional. Todo tipo de residuos, incluidos los urbanos, se producen en los hospitales y cada uno requiere un tratamiento único. Para garantizar la seguridad de la población y del entorno hospitalario, estos se categorizan y eliminan mediante procedimientos especiales que se detallan en diversas normativas. La industria alimentaria es probablemente la que produce más residuos en nuestro país, por lo que es importante crear un plan de gestión e implementar una recogida selectiva de residuos que permita la máxima reutilización con el mínimo impacto ambiental.

2 Metodología

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

3 Resultados

La Ley 22/2011, de residuos y suelos contaminados, que deriva de la Directiva 2008/98/CE del Parlamento Europeo, regula la normativa en materia de residuos en nuestros países. Podemos definir residuo como cualquier material o elemento que se desecha y se clasifica en el Grupo I o Residuo, asimilable a los residuos urbanos. Residuos Sanitarios del Grupo II, también conocidos como residuos generales. Residuos médicos clasificados en el Grupo III, particulares o de riesgo biológico. Grupo IV, también conocido como residuo sanitario especial. Para controlar los residuos que se producen, primero debemos esforzarnos en minimizarlos, luego reutilizarlos, reciclarlos, valorarlos y finalmente eliminarlos mediante procedimientos diseñados para destruir o contener recursos inútiles.

Procedente principalmente de cocinas y cafeterías.

- Manejo: Solo se deben utilizar bolsas de basura GRISES o NEGRAS. Dimensiones de 50 por 55 cm. un ancho mínimo de 125, aproximadamente. Las bolsas de basura estarán selladas con antelación. Hay disponibles bolsas contenedoras de color negro o gris. 86 por 110 cm de tamaño. Calibre 200 como mínimo, aproximadamente. Antes de ser evacuadas, las bolsas de basura serán cerradas para no volver a utilizarse nunca más. Observación: Dado el peso que deben soportar estas bolsas debido al tamaño del contenedor frente al basurero, la exigencia de

bolsas de al menos galgas 200 es una respuesta a esto. Gestión de contenedores para residuos urbanos municipales.

El personal de cocina debe ser consciente de que se debe diseñar previamente el Plan de Gestión de Residuos, que se monitorizan y controlan los residuos, que se tomarán medidas correctoras en caso de fallos, todas las actuaciones deben quedar documentadas y registradas. Los residuos gaseosos, como los humos de combustión de estufas limpias, se liberan a través de campanas extractoras y chimeneas al exterior de las instalaciones.

Es necesario enjuagar bien el espacio y su contenido con agua potable de una manguera con suficiente presión para que el agua cubra todo. Si no se puede utilizar una manguera, el agua debe estar completamente contenida en baldes u otros recipientes.

4 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, las administraciones siguen lidiando con el problema de los residuos. Además de ser un problema para la salud e higiene de los establecimientos, también lo es en términos culturales, económicos y de educación ambiental por los residuos no biodegradables (como cartones y plásticos), (residuos orgánicos, aguas contaminadas, etc.), etc. Por tanto, las Administraciones tienen la responsabilidad de formar e informar a los empleados para que la gestión de residuos y que se realice de la forma más eficiente posible y que contribuya a mejorar al medio ambiente, que contamine lo menos posible y trate de producir la menor cantidad de residuos posible.

5 Bibliografía

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

Capítulo 580

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES DE VIGILANCIA

JESÚS PERUJO GARCÍA

ANDRES ROSADO BALLESTEROS

ANTONIA CARRETERO ROMERO

1 Introducción

Las funciones del celador sanitario vienen recogidas en el estatuto del personal no sanitario al servicio de la Seguridad Social, que es la Orden Ministerial de 5 de julio de 1971, en su artículo 14.2, teniendo un total de 22 funciones más una que es aquella que se adapte a sus competencias y le ordene sus superiores.

Una de esas funciones, es la de la vigilancia del exterior e interior del edificio, la de pacientes y acompañantes que no hagan un uso indebido de la institución, y la de los propios enfermos consigo mismos, que no se dañen.

En este capítulo vamos a hablar de todas las funciones de vigilancia del propio celador con la institución sanitaria, funciones que se distorsionan un poco en la actualidad al haber contratado vigilantes de seguridad de empresa externa.

Detallaremos en que se basan estas funciones, en que partes del edificio ejerce la vigilancia, y modo de actuar ejerciendo estas funciones en determinados momentos.

También veremos la parte de vigilancia compartida en algunos centro con la seguridad privada que actualmente está contratada para ejercer la vigilancia que nos toca a nosotros como celadores.

Hablaremos de algunos sucesos reales en centros de trabajo y resoluciones tomadas para solventarlos.

2 Objetivos

- Describir las funciones de vigilancia del celador en centros sanitarios públicos explicadas y expuestas en el artículo 14.2 de la ley ministerial del 5 de Julio de 1971.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 Orden Ministerial del 5 de julio de 1971, el celador tiene a su cargo la vigilancia del exterior y el interior del edificio por la noche, siendo por la mañana solamente la del interior del edificio, ya que el exterior lo hace el jardinero.

Actualmente, en algunos hospitales y centros sanitarios, existen empresas de vigilancia privada que se dedican a hacer estas funciones de vigilancia, aunque la ley nos pone a los celadores como los auténticos vigilantes de estas instituciones. También vigilarán que los enfermos y acompañantes no hagan uso indebido de ropa y enseres de la institución, diciendo exactamente así la norma:

“Cuidarán, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de las persianas, cortinas, y útiles de servicio en general” también dentro de la norma nos dice que vigilarán las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello, siendo otra función de vigilancia atribuida a la vigilancia privada en la actualidad, aunque realmente es una de nuestras funciones.

En otros puntos de la norma vemos que nos dice que tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como del exterior del edificio, del que cuidarán estén cerradas las puertas de servicios complementarios, siendo necesario saber

que el exterior del edificio, lo vigila el jardinero cuando es de día, siendo la tarea del celador la vigilancia del mismo.

Detallamos que también en la propia norma dice:

Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución, siendo esto también una función de vigilancia nuestra como celadores, y continuando viendo las tareas de vigilancia vemos que también dice: Vigilarán, el acceso y estancias de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas, cuidando, no introduzcan en las Instituciones más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección, otra de las funciones que se nos atribuye.

Por último, podemos ver que nos dice dicha ley ministerial que vigilarán, asimismo, el comportamiento de los enfermos y de los visitantes, evitando que estos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas y, en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución. Cuidarán que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.

También no olvidar que una importante función de vigilancia del celador sería que vigilarán el orden y armonía de los pacientes y colaborará con el personal sanitario en la contención del paciente agitado.

5 Discusión-Conclusión

Viendo cuáles son las funciones de vigilancia del celador, y habiendo trabajado en ello, cumpliendo la orden ministerial a la perfección, podemos decir que hoy en día muchas de estas funciones son pisadas por el personal de seguridad, quien, a su vez, estarían para cuando dentro de la función de vigilancia tengamos que llamar a las fuerzas de seguridad del estado para poner paz en un conflicto que pueda sucederse, en este caso ellos podrían intermediar para ayudarnos a la contención de ese conflicto. Por lo que entendemos que cuando hay personal de vigilancia debemos trabajar de la mano en las funciones de vigilancia de los centros sanitarios, aunque la ley nos tributa legalmente estas funciones a nosotros como celadores. 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 581

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIO: DISPOSICIÓN Y EMPLATADO DE LA COMIDA

MIRIAN LANGREO SERRANO

ANTONIO SAIZ VELASCO

FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ

LIDIA BALLESTEROS JARA

FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR

1 Introducción

El emplatado de comida es el proceso de presentar y decorar alimentos en un plato o fuente de manera estética y atractiva antes de servirlo a los comensales. La forma en que se emplata un plato no solo influye en la apariencia visual de la comida, sino que también puede afectar la percepción del sabor y la experiencia general de comer. Un buen emplatado puede realzar la presentación de un plato y hacer que sea más apetitoso.

El emplatado de comida es una combinación de arte y técnica, y puede variar según la cultura, el tipo de cocina y el estilo del chef. Un buen emplatado puede hacer que incluso un plato sencillo se vea elegante y apetitoso, lo que contribuye a la experiencia culinaria general.

El pinche de cocina hospitalario tiene un papel importante en la disposición y el emplatado de la comida para los pacientes. Si bien la presentación de la comida puede parecer un detalle menor en comparación con la nutrición y la seguridad alimentaria, tiene un impacto significativo en la satisfacción de los pacientes y en su apetito, lo que a su vez puede influir en su recuperación.

Los pacientes pueden tener diferentes preferencias y necesidades dietéticas, por lo que el pinche de cocina debe estar preparado para adaptar la presentación de la comida según sea necesario.

2 Objetivos

- Describir algunas consideraciones clave para la disposición y el emplatado de la comida en un entorno hospitalario por parte de un pinche de cocina.

3 Metodología

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

4 Resultados

Aquí se describen algunas consideraciones clave para la disposición y el emplatado de la comida en un entorno hospitalario:

Higiene y seguridad alimentaria: Antes de manipular cualquier alimento, el pinche de cocina debe asegurarse de cumplir con los protocolos de higiene y seguridad alimentaria. Esto incluye lavado de manos frecuente, uso de guantes desechables y superficies de trabajo limpias.

- Selección de porciones adecuadas: El pinche de cocina debe seguir las indicaciones médicas y las recetas para garantizar que se sirvan porciones adecuadas para las necesidades nutricionales de cada paciente. Esto puede variar según la dieta terapéutica del paciente y sus restricciones dietéticas.

- **Presentación atractiva:** La comida debe ser dispuesta de manera atractiva en el plato para estimular el apetito de los pacientes. El uso de colores, texturas y formas variadas puede hacer que la comida sea más apetitosa.
- **Distribución equitativa de alimentos:** El pinche de cocina debe asegurarse de que todos los componentes de la comida se distribuyan de manera equitativa en el plato. Esto incluye proteínas, carbohidratos, verduras y guarniciones.
- **Alineación y orden:** Los alimentos deben estar alineados de manera ordenada en el plato. La presentación debe ser limpia y organizada, lo que facilita que el paciente identifique y disfrute de cada elemento de la comida.
- **Etiquetado y comunicación:** En algunos casos, es necesario etiquetar los platos con información importante, como el nombre del paciente, la dieta especial o las restricciones alimentarias. La comunicación clara es esencial para garantizar que se sirva la comida correcta a cada paciente.
- **Temperatura adecuada:** La comida debe servirse a la temperatura adecuada para garantizar su seguridad y calidad. Los alimentos calientes deben mantenerse calientes, y los alimentos fríos deben mantenerse fríos.
- **Empatía y cuidado:** El pinche de cocina hospitalario debe manejar la comida con cuidado y empatía, recordando que la comida es una parte importante del bienestar del paciente y su experiencia en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del pinche de cocina hospitalario en la disposición y el emplatado de la comida es fundamental para asegurar que los pacientes reciban una experiencia culinaria agradable y apetitosa durante su estadía en el hospital. Aunque la nutrición y la seguridad alimentaria siguen siendo prioridades, el emplatado de comida desempeña un papel importante en la satisfacción del paciente y en su bienestar general.

En resumen, el emplatado de comida en un entorno hospitalario no solo se trata de cómo se ve la comida, sino también de cómo se siente y se percibe por parte de los pacientes. La labor del pinche de cocina hospitalario en este aspecto contribuye al bienestar general de los pacientes y puede marcar una diferencia positiva en su experiencia mientras se encuentran en el hospital.

6 Bibliografía

- <https://www.murciasalud.es/documents/153065/3949551/Pinche+TEMA+3.pdf/1b29074d-b9a5-4e67-b4b2-8fcfbba80705?t=1670249092484>

Capítulo 582

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA PREPARACIÓN DE UNA DIETA VEGETARIANA

MIRIAN LANGREO SERRANO

ANTONIO SAIZ VELASCO

FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ

LIDIA BALLESTEROS JARA

FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR

1 Introducción

Una dieta vegetariana es un patrón alimentario que excluye la carne y, en algunos casos, otros productos de origen animal, como pescado, aves y, en ciertas variantes, los productos lácteos y los huevos. Las personas eligen seguir una dieta vegetariana por una variedad de razones, que pueden incluir razones éticas, de salud, ambientales o culturales. Hay varias variantes de dietas vegetarianas, que incluyen:

- Ovo-vegetarianismo: Excluye carne, pescado y productos lácteos, pero permite huevos.
- Lacto-vegetarianismo: Excluye carne, pescado y huevos, pero permite productos lácteos.

Ovo-lacto-vegetarianismo: Permite huevos y productos lácteos, pero excluye carne y pescado.

- Vegano: Excluye todos los alimentos de origen animal, incluyendo carne, pescado, huevos, productos lácteos y miel. Los veganos se basan en alimentos vegetales, como frutas, verduras, granos enteros, legumbres, nueces y semillas.
- Crudiveganismo: Una variante del veganismo en la que se consumen principalmente alimentos crudos y no cocidos.
- Vegetarianismo estricto: Similar al veganismo, pero también excluye productos procesados que puedan contener trazas de productos de origen animal, como el azúcar refinado, algunos colorantes alimentarios y gelatinas.

Cada variante de dieta vegetariana tiene sus propias restricciones y permite diferentes grupos de alimentos. Las personas que siguen una dieta vegetariana suelen tomar medidas para asegurarse de obtener todos los nutrientes necesarios, como proteínas, hierro, calcio, vitamina B12 y ácidos grasos omega-3, a través de alimentos vegetales o suplementos, dependiendo de sus necesidades individuales.

2 Objetivos

- Explicar los pasos y consideraciones importantes que el pinche de cocina debe tener en cuenta al preparar una dieta vegetariana en un 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El pinche de cocina hospitalaria desempeña un papel esencial en la preparación de una dieta vegetariana para pacientes que han optado por este estilo de alimentación o que tienen restricciones dietéticas que requieren una dieta sin carne. Aquí hay algunos pasos y consideraciones importantes que el pinche de cocina

debe tener en cuenta al preparar una dieta vegetariana en un entorno hospitalario:

- Conocimiento de las dietas vegetarianas: Es esencial que el pinche de cocina tenga un buen conocimiento de las dietas vegetarianas y de los diferentes tipos de vegetarianismo, como ovo-vegetarianismo (que incluye huevos pero no productos lácteos), lacto-vegetarianismo (que incluye productos lácteos pero no huevos), o vegetarianismo estricto (que excluye tanto carne como productos de origen animal).
- Identificación de restricciones y preferencias: Antes de preparar una dieta vegetariana, el pinche de cocina debe tener en cuenta las restricciones alimentarias específicas de cada paciente y sus preferencias personales. Algunos pacientes pueden tener alergias o intolerancias alimentarias adicionales que deben ser consideradas.
- Planificación de comidas equilibradas: Es importante que las comidas vegetarianas sean equilibradas y proporcionen todos los nutrientes necesarios. Esto incluye asegurarse de que haya suficientes proteínas, hierro, calcio, vitamina B12 y otros nutrientes esenciales en la dieta.
- Variedad de alimentos: Las dietas vegetarianas pueden ser muy variadas y nutritivas. El pinche de cocina debe incorporar una amplia variedad de alimentos vegetales, como frutas, verduras, legumbres, granos enteros, nueces y semillas, para asegurar una dieta completa y sabrosa.
- Preparación de proteínas vegetales: Se deben incluir fuentes de proteínas vegetales en las comidas vegetarianas, como tofu, tempeh, legumbres (garbanzos, lentejas, frijoles), productos de soja, nueces y quinoa. Estas proteínas vegetales pueden prepararse de diversas maneras, como asadas, salteadas o cocidas al vapor.
- Evitar la contaminación cruzada: Para los pacientes que siguen dietas vegetarianas estrictas, es importante evitar la contaminación cruzada con productos de origen animal en la cocina. Esto implica utilizar utensilios y superficies limpias al manipular alimentos vegetales y evitar la mezcla accidental con ingredientes de origen animal.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del pinche de cocina hospitalaria en la preparación de una dieta vegetariana es esencial para asegurar que los pacientes que han optado por este estilo de alimentación o que tienen restricciones dietéticas específicas reciban comidas equilibradas, nutritivas y adecuadas para sus necesidades dietéticas individuales.

La preparación de una dieta vegetariana en un entorno hospitalario es un desafío importante, pero con el conocimiento adecuado y la atención a las necesidades individuales de los pacientes, el pinche de cocina puede contribuir a la satisfacción y el bienestar de aquellos que han elegido este estilo de alimentación o que tienen restricciones dietéticas específicas. Al proporcionar comidas vegetarianas equilibradas y sabrosas, el pinche de cocina desempeña un papel crucial en la atención integral de los pacientes.

6 Bibliografía

- <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/vegetarian-diet/art-20046446>

Capítulo 583

FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE UNA DIETA SIN GLUTEN

ANTONIO SAIZ VELASCO

MIRIAN LANGREO SERRANO

FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ

LIDIA BALLESTEROS JARA

FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR

1 Introducción

El gluten es una proteína que se encuentra en ciertos granos, principalmente en el trigo, la cebada y el centeno. Es responsable de la elasticidad y la textura esponjosa de muchos productos horneados, como el pan, los pasteles y las galletas. El gluten también se encuentra en algunos otros granos relacionados, como la espelta, el kamut y el triticale.

El gluten se forma cuando se mezcla agua con las proteínas gliadina y glutenina presentes en los granos mencionados anteriormente. Esta mezcla de proteínas forma una red elástica que atrapa las burbujas de gas producidas por las levaduras o agentes leudantes, lo que da como resultado la expansión y la textura esponjosa de los productos horneados.

Aunque el gluten es seguro y bien tolerado por la mayoría de las personas, algunas personas tienen intolerancia al gluten o una enfermedad autoinmune llamada enfermedad celíaca. En estas condiciones, el consumo de gluten puede causar problemas de salud significativos. Las personas con enfermedad celíaca deben evitar el gluten por completo, ya que su sistema inmunológico reacciona de manera adversa a esta proteína y puede dañar el revestimiento del intestino delgado. Además, existe una condición conocida como sensibilidad al gluten no celíaca, en la que las personas experimentan síntomas similares a los de la enfermedad celíaca sin tener la respuesta autoinmune característica.

2 Objetivos

- Describir algunas de las funciones clave que un pinche de cocina debe cumplir al preparar una dieta sin gluten en un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

El pinche de cocina desempeña un papel importante en la elaboración de una dieta sin gluten, especialmente cuando se trata de atender a personas con enfermedad celíaca o sensibilidad al gluten. Aquí se describen algunas de las funciones clave que un pinche de cocina debe cumplir al preparar una dieta sin gluten:

Conocimiento de las fuentes de gluten: El pinche de cocina debe tener un sólido conocimiento de las fuentes de gluten, que incluyen trigo, cebada, centeno y sus derivados. Esto es fundamental para identificar los ingredientes que deben evitarse en una dieta sin gluten.

- Selección de ingredientes sin gluten: El pinche de cocina debe elegir cuidadosamente ingredientes que sean naturalmente libres de gluten o que estén certificados como sin gluten por organizaciones de certificación reconocidas. Esto incluye

harinas sin gluten (como harina de almendras, harina de arroz o harina de maíz), cereales sin gluten (como el arroz, el maíz y el quinua), y otros productos sin gluten.

- Evitar la contaminación cruzada: La contaminación cruzada con gluten puede ser peligrosa para las personas con enfermedad celíaca o sensibilidad al gluten. El pinche de cocina debe tomar medidas para prevenir la contaminación cruzada, como usar utensilios, tablas de cortar y superficies de cocina limpias y separadas para los alimentos sin gluten.
- Preparación cuidadosa de alimentos: Al preparar alimentos sin gluten, es esencial seguir procedimientos de cocina que eviten la contaminación cruzada y aseguren que los platos sean seguros para los comensales con restricciones de gluten.
- Comunicación con el personal de servicio y los comensales: El pinche de cocina debe comunicar claramente la presencia de gluten o la ausencia de gluten en los platos al personal de servicio y a los comensales. Esto permite una experiencia de comida sin gluten segura y libre de preocupaciones.
- Innovación culinaria: La creatividad y la innovación son importantes al preparar comidas sin gluten. El pinche de cocina puede explorar nuevas recetas y técnicas culinarias para ofrecer opciones deliciosas y variadas en el menú sin gluten.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, las funciones del pinche de cocina en la elaboración de una dieta sin gluten son esenciales para garantizar la seguridad y la satisfacción de las personas que tienen intolerancia al gluten o enfermedad celíaca.

En definitiva, el pinche de cocina desempeña un papel crucial en la preparación de una dieta sin gluten, asegurando que las comidas sean seguras, deliciosas y cumplan con las necesidades dietéticas de las personas con intolerancia al gluten o enfermedad celíaca. Su compromiso con la seguridad alimentaria y su conocimiento de las opciones sin gluten son fundamentales para ofrecer una experiencia culinaria exitosa y satisfactoria para aquellos que siguen esta dieta especial.

6 Bibliografía

- <https://celiacos.org/enfermedad-celiaca/que-es-el-gluten/>

Capítulo 584

EL PINCHE DE COCINA Y SU ACTUACIÓN DURANTE LA PREPARACIÓN Y LIMPIEZA DE VERDURAS Y HORTALIZAS.

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

ROBERTO DIAZ LOSADA

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

GEMA SORIA LOZANO

1 Introducción

Una de las principales actuaciones desarrolladas por los pinches de cocina durante el desarrollo de sus funciones en las cocinas de los centros hospitalarios es la preparación de las materias primas para que los cocineros elaboren los menús. De esta manera, el trabajo es organizado por fases, lo que permite la realización de mayor número de elaboraciones y el ahorro de tiempo cuando cada profesional se encarga de una fase del proceso de preparación y elaboración de los alimentos.

Al igual que ocurre con cualquier materia prima, la preparación de las verduras y hortalizas antes de proceder con su elaboración debe de pasar por una serie de actuaciones realizadas por el pinche de cocina.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del pinche de cocina en la preparación de platos con verduras y hortalizas.

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, antes de proceder con la elaboración de un menú, es necesario preparar las materias primas con las cuales se realizan dichos menús.

En el caso de las verduras y hortalizas es de vital importancia que la actuación de la limpieza de estas materias primas se realice de manera exhaustiva, puesto que la mayoría de estos productos se consumen crudos y al ser productos temporales que son sometidos a tratamientos químicos para evitar la aparición de enfermedades en las propias verduras y hortalizas, es necesario la retirada absoluta de estos productos (insecticidas, plaguicidas) para la prevención de enfermedades alimentarias en el centro sanitario. Es por ello, que la limpieza de la materia prima, especialmente de los alimentos que se van a consumir crudos, es una de las funciones más importantes realizadas por los pinches de cocina, puesto que de su mala realización puede dar lugar a una contaminación alimentaria masiva en el centro hospitalario.

Preparación de las verduras y hortalizas por parte del pinche de cocina.

El pinche deberá conocer si la hortaliza que debe preparar tiene que retirar la piel, o si son productos que se elaboran con su piel.

Las hortalizas que requieran de la eliminación de su piel para poder ser elaboradas posteriormente podrán realizarse por los siguientes procedimientos:

- Utilizando medios mecánicos, como son las máquinas que cortan o pelan las verduras y hortalizas.
- Utilizando el sistema manual con la utilización de diversos cuchillos, teniendo en cuenta el producto que se debe cortar.

- Realizando el proceso de escaldado o escalfado, el cual consiste en someter al producto a agua hirviendo para que sea más fácil retirar su piel.
- Las verduras y hortalizas pueden ser cortadas en las siguientes modalidades:
- Rodajas. Consiste en un corte redondo.
 - Juliana. Consiste en cortar las verduras y hortalizas en tiras del mismo tamaño.
 - Mirepoixe. Consiste en cortar en dados las verduras. Si estos dados son muy pequeño se conoce como brunoise.
 - Quartier. Es la técnica utilizada para obtener cuatro porciones iguales del producto.
 - Fondos. Consiste en eliminar parte del producto para que pueda ser rellenado con otro producto, el cual estará compuesto también por la hortaliza o verdura que se ha retirado.
 - Torneadas. Consiste en retirar los extremos y cortar la pieza en forma ovalada realizando cortes laterales.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico demuestran los pasos previos que debe realizar el pinche de cocina con las verduras y hortalizas antes de proceder con la elaboración de los menús hospitalarios.

Es importante destacar que los pinches de cocina se encuentran a disposición de los cocineros titulares y de la gobernanta, los cuales determinarán las funciones a desarrollar por cada uno de los pinches de cocina. Es por ello, por lo que los pinches de cocina deberán seguir las pautas marcadas por los cocineros para la preparación de las verduras y hortalizas.

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 585

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME VISUAL DEL ORDENADOR EN LA AUXILIAR ADMINISTRATIVA

M DOLORES GARCÍA LÓPEZ

1 Introducción

La Asociación Americana de Optometría definió el Síndrome Visual Informático (SVI) como “un conjunto de signos y síntomas oculares y visuales relacionados con el uso de dispositivos electrónicos durante un tiempo prolongado”.

Para la exposición de este capítulo he querido definir primero lo que es el síndrome visual del ordenador o del informático.

Hoy día cada vez estamos más conectados tecnológicamente a través de la informática e internet para la realización de nuestro trabajo, pero también para comunicarnos socialmente o para hacer cualquier trámite o gestión con la Administración pública, por ejemplo por internet con nuestra clave pin podemos solicitar nuestra vida laboral, pedir un certificado catastral, pedir cita para el médico ...

En cuanto a nuestra vida laboral, en la actualidad en la mayoría de las profesiones cada vez estamos más expuestos como trabajadores y trabajadoras a utilizar una pantalla de ordenador, una tablet, una pda, o un teléfono móvil para la correcta realización de nuestro trabajo.

Pero tanta exposición a las pantallas de los dispositivos electrónicos para la realización de nuestro empleo nos puede llevar a tener problemas en la salud en nuestros ojos, podemos padecer pérdida de visión, irritación en nuestros ojos, ojos secos, ojos rojos y demás problemas oculares.

2 Objetivos

Exponer los aspectos básicos a tener en cuenta con la pérdida de visión del auxiliar administrativo al utilizar pantallas de ordenador u otros dispositivos electrónicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos, utilizando las palabras como trabajadores, empleados, pantallas de ordenador, tecnología, era digital, pérdida de visión, fatiga visual...

4 Resultados

La auxiliar administrativa de un centro de salud o de un hospital pasa 7 horas de su jornada frente a una pantalla del ordenador en el ejercicio de sus tareas laborales.

El resto de trabajadores que trabajan para empresas privadas, pasan más de 8 horas al día frente la pantalla de un dispositivo electrónico para la realización de su trabajo.

Son muchas horas las que pasan los trabajadores administrativos frente a una pantalla, por ello están más expuestos a sufrir problemas oculares que las personas que tienen otras profesiones.

Es importante que se informe al auxiliar administrativo y al resto de profesionales que trabajen con pantallas de dispositivos electrónicos o móviles de los riesgos de Salud que pueden sufrir sus ojos o visión. Y poner medidas para que esto no ocurra.

El trabajador o trabajadora debería parpadear con regularidad cuando esté frente a la pantalla, utilizar colirio o gotas para tener hidratar los ojos, cambiar el enfoque de la mirada para que la vista no se canse o hacer descansos de unos minutos durante cierto tiempo. Seguir estas medidas podrá aliviar los ojos y la visión. El auxiliar administrativo de distintos gremios y el resto de profesionales que pasan 7 horas o más al día frente a las pantallas de ordenadores por su trabajo

tendrían que pasar controles como mínimo cada dos años de su oculista, para que este valore la visión y pueda poner algún tratamiento en caso necesario. Por lo tanto es fundamental que los trabajadores reciban cursos de medidas preventivas sobre el cuidado de sus ojos en el puesto de trabajo y estas se lleven a cabo.

De esta manera se velaría por la salud de los profesionales trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Lo cierto es que los trabajadores que realizan su trabajo durante largas jornadas frente a las pantallas de ordenadores están expuestos constantemente a la pérdida de visión por lo tanto se ve resentida su Salud.

Se achaca la pérdida de visión de los trabajadores a su edad a medida que van cumpliendo años, o a otros factores como el ocio o el tiempo que dedican a utilizar dispositivos digitales o móviles en el ámbito privado fuera del laboral. Pero ni los propios trabajadores son conscientes de los problemas que tendrán a medio largo plazo, ni las empresas, ni las administraciones ponen soluciones a este problema.

6 Bibliografía

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

Capítulo 586

DOLOR DORSO LUMBAR EN PERSONAL NO SANITARIO.

MARÍA DEL CARMEN VEGA FERNÁNDEZ

VIDALINA VEGA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El dolor lumbar es muy frecuente y es una de las principales causas de consulta en la medicina de atención primaria.

La lumbalgia suele ser un dolor localizado en la zona lumbar, es decir, en la parte baja o inferior de la espalda. Su origen puede tener que ver con la estructura muscular y esquelética de la columna vertebral, se puede decir que es un dolor que aumenta la tensión muscular en la contracción de los músculos y su rigidez. Es un dolor localizado en una zona, que es la lumbar, pero se va irradiando o transmitiendo a otras zonas y puede afectar tanto a personas jóvenes, como mayores, y puede aparecer lo mismo en profesionales que trabajen en trabajos sedentarios, como en aquellas actividades laborales que implican un gran esfuerzo físico.

El dolor dorso lumbar es más favorable que aparezca en aquellos trabajadores cuya actividad implica acciones repetitivas, movimientos de flexión o torsión del tronco, en trabajos donde se manejan sobrecargas de manera continuada y en aquellos trabajos con vibraciones y con posiciones estáticas, entre otros.

Lo padecen ambos sexos por igual, aunque pueden existir factores que lo favorezcan o predispongan, puede producirse en cualquier actividad o situación.

Un porcentaje alto de la población, en algún momento de su vida, va a sufrir un episodio de dolor lumbar, ya sea leve, moderado o crónico, y puede producirse en su actividad laboral o en su vida cotidiana.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el dolor dorso lumbar en personal no sanitario.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha hecho una búsqueda e investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente sobre el tema.

Se ha realizado una lectura y consulta de libros, revistas médicas y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como: Pubmed, Scielo, Google, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones revisadas y de rigor.

4 Resultados

El estar largos periodos de tiempo de pie, como puede ser personal de lavandería o planchadoras, realizar tareas como movilizar pacientes, en el caso por ejemplo de los celadores, adoptar posturas forzadas mientras se desempeña el trabajo, el estrés, el pasar muchas horas sentado como el personal administrativo, el no tener lugares adecuados, ergonómicos para hacer descansos, todo esto produce dolores lumbares y contracturas cervicales, que acaban mermando la calidad de vida y dificultan la realización de la actividad laboral diaria de los profesionales tanto sanitarios como del personal no sanitario.

Una de las patologías con más incidencia entre el personal no sanitario, es el dolor dorso lumbar, tal como su nombre indica, se produce fundamentalmente y está localizado en la zona lumbar, también puede llegar a extenderse por las extremidades inferiores, nalgas, ingles y la parte posterior del muslo.

Este dolor es bastante molesto y aparece, como ya se ha dicho, en la parte lumbar de la columna vertebral y empeora cuando se está mucho de pie o se realizan movimientos de estiramiento, inclinación o rotación, por ejemplo en movilizaciones de pacientes en posiciones forzadas.

Determinadas profesiones y ocupaciones están más relacionadas con que sufran con mayor frecuencia el dolor de espalda, debido a que están más sometidos en su puesto de trabajo a realizar un esfuerzo físico, que les condiciona al riesgo de padecer esta patología en su espalda, en especial la lumbalgia.

En muchas ocasiones los trabajadores que sufren dolor dorso lumbar, desarrollan un proceso crónico, que puede llegar a incapacitarles para la realización de su actividad laboral.

Por lo que es fundamental que exista un protocolo de actuación preventiva, que proponga unas pautas de actividades preventivas, para así reducir las dorso-lumbalgias en los trabajadores sanitarios y personal no sanitario del ámbito hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años, se puede decir, que las causas o problemas asociados a unas condiciones ergonómicas inadecuadas del puesto de trabajo, están teniendo una importancia cada vez mayor, sobre todo en aquellos referidos a lesiones músculo-esqueléticas, destacando la dorso-lumbalgia, ya que es una de las incidencias mayores en cuanto a lesiones en la espalda relacionadas con el trabajo.

Es importante que la empresa participe de forma activa en la prevención, informando y formando al trabajador y que haya una formación continuada.

La mayoría de los dolores dorso lumbares, suelen mejorar en un tiempo corto, de un mes aproximadamente, con tratamientos en casa, no obstante, en muchos casos, el dolor dura varios meses.

Un fisioterapeuta, además de los medicamentos, puede ayudar, enseñando ejercicios para aumentar la flexibilidad, fortalecer la espalda y la musculatura y mejorar la postura.

La lumbalgia es muy frecuente y su tratamiento puede ser diverso, incluso todo un reto para los profesionales sanitarios para conseguir un diagnóstico. Por lo tanto, es importante conocer las opciones de tratamiento para el dolor lumbar y como pueden ayudar a aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida.

Con el tratamiento adecuado, la mayoría de los trabajadores con dolor lumbar, pueden recuperar su movilidad y volver a realizar sus actividades laborales diarias con comodidad y sin dolor.

Los cambios en el estilo de vida, hacer ejercicio para fortalecer la musculatura, coger hábitos posturales correctos, todo ello ayuda a evitar el dolor.

El objetivo del tratamiento de la lumbalgia o dolor dorso lumbar, es reducirlo lo antes posible y recuperar la actividad laboral y la vida diaria lo más pronto que se pueda y evitar que se haga crónico. Un buen comienzo para prevenir el dolor dorso lumbar es tener un estilo de vida sano.

6 Bibliografía

1. www.elsevier.es.
2. www.hospitalvirgendelmar.es.
3. www.navarra.es.
4. <http://scielo.isciii.es>.
5. www.osakidetza.euskadi.eus.
6. www.reumatologíaclínica.org.
7. www.quironprevención.com.
8. <https://revistasanitariadeinvestigación.com>.
9. <https://revistamedica.com>.
10. www.astursalud.es.
11. www.saludcastillayleon.es.
12. www.sanidad.gob.

Capítulo 587

IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA Y LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA DEL CARMEN VEGA FERNÁNDEZ

VIDALINA VEGA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La comunicación es lo que nos permite interactuar con otras personas, es importante en todos los ámbitos de la vida, pero fundamentalmente en el entorno laboral, ya que debemos compartir con terceros para realizar nuestras tareas de trabajo. Las palabras y el tono que usamos deben ser adecuados para crear un ambiente respetuoso y agradable, poder llevarse bien con los compañeros de trabajo y conseguir un equipo unido que logre los objetivos marcados.

La empatía puede decirse que es la facultad que tenemos para entender las emociones de otras personas, es decir, ponerse en el lugar de los demás, escuchar y mostrar interés dando importancia a aquello que nos están contando.

La empatía no nace con la persona, aunque hay determinadas personas que de forma natural están más predispuestas, es una cualidad que se puede trabajar y llegar a adquirir, aunque a veces conseguir ser empático no sea una tarea fácil.

La empatía y la habilidad de la comunicación en una misma persona son cualidades muy importantes que deberíamos trabajar y desarrollar, sobre todo aquellos profesionales que por su trabajo deben tener mucho contacto con otras personas.

La empatía y la comunicación son aptitudes que enriquecen la relación de los profesionales en el ámbito hospitalario, tanto con los pacientes como con los compañeros de trabajo.

2 Objetivos

Conocer qué es la empatía y la comunicación, los beneficios que aportan y cómo mejorarlas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación, consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente sobre el tema a tratar.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Google, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas y de rigor.

4 Resultados

La comunicación puede decirse que es parte de la empatía. Empezamos a comunicarnos desde que nacemos y tener una comunicación empática hace que las relaciones con otras personas sean más satisfactorias, mejora los conflictos laborales, favorece nuestro estado emocional, nos ayuda a ser más generosos, justos y respetuosos, mejora nuestra autoestima y aprendizaje y además, las relaciones profesionales se ven favorecidas, puesto que la empatía y la comunicación son esenciales en los equipos de trabajo.

La comunicación abierta y empática, también ayuda a fomentar confianza, colaboración y compañerismo en el grupo de trabajo.

Tanto la empatía como la comunicación permiten generar un ambiente laboral positivo, aumentando la productividad y la eficacia en la realización de las actividades laborales, en definitiva, genera un ambiente de trabajo agradable.

En el ámbito hospitalario son de vital importancia, ya que la comunicación empática es una de las habilidades más valoradas que permite a los trabajadores poder entenderse a ellos mismos y a los demás, con la finalidad de crear relaciones positivas tanto con los pacientes como con los compañeros de trabajo, ya

que abarca un gran número de personas que deben comunicarse por diferentes vías y permite acelerar las tareas y actividades cumpliendo los objetivos establecidos.

La importancia de la empatía y la comunicación es una herramienta valiosa tanto en el ámbito laboral como en el personal y social.

Mostrar empatía y buena comunicación en el trabajo contribuye a que como persona uno se sienta más realizado, seguro en el desempeño de la faena, más motivado, se crea una cultura de equipo y hace que las relaciones con los compañeros se vean más afianzadas e incluso dar lugar a relaciones personales fuera del lugar de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la empatía y la comunicación son cualidades necesarias y esenciales para toda persona y en cualquier ámbito, tanto personal como laboral, por lo tanto es fundamental trabajar y desarrollar estas habilidades.

Sea cual sea la ocupación en el puesto de trabajo, tener empatía y comunicación con los compañeros es beneficioso en todos los sentidos, en especial si se lidera un equipo.

Para mejorar la empatía y la comunicación, es bueno salir de la zona de confort, relacionarse con personas no habituales e intentar buscar puntos en común, desechando los prejuicios.

También vivir experiencias diferentes en nuestro día a día nos puede ayudar a ver las cosas desde otro ángulo.

Estas prácticas pueden ser una buena forma para adquirir y trabajar la empatía y la comunicación.

En definitiva, abrirse a los demás, escucharles, ver su manera de vivir la vida e intentar comprenderlos, como actúan y por qué, nos ayudará a crear vínculos con los demás.

La empatía es clave para el uso de la comunicación. A mayor empatía y comunicación, mejor ambiente de trabajo.

6 Bibliografía

1. <https://saludbydiaz.com>.
2. <https://revistamédica.com>.
3. <https://revistasanitariadeinvestigación.com>.
4. <https://congresosicepa.com>.

5. <https://psicologiaavanzada.es>.
6. www.comunidad.madrid.
7. <https://centropsicologiamurcia.com>.
8. <https://orientación-laboral.infojobs.net>.
9. <https://elpaís.com>.

Capítulo 588

TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL EN LA CONSULTA POR PARTE DEL ODONTÓLOGO

LUIS GUILLERMO PESO NAVARRO

MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO

TAMARA VALERA COLLADO

1 Introducción

Una caries dental, también conocida simplemente como caries, es una enfermedad dental común que afecta a los dientes. Se caracteriza por la degradación gradual y la desmineralización de los tejidos duros del diente, como el esmalte y la dentina. Esta descomposición es causada por la acción de las bacterias presentes en la boca, que se alimentan de los azúcares y carbohidratos de los alimentos y liberan ácidos que dañan los dientes con el tiempo.

Las caries dentales pueden variar en gravedad, desde manchas superficiales en el esmalte hasta cavidades profundas que afectan a las capas internas del diente. Los síntomas de una caries pueden incluir sensibilidad dental al frío o al calor, dolor en el diente afectado, sensibilidad al comer o beber alimentos dulces o ácidos, y cambios en la apariencia del diente, como manchas o áreas de decoloración.

El proceso de formación de una caries generalmente sigue estos pasos:

- Deshidratación del esmalte: Los azúcares y carbohidratos de los alimentos se

descomponen por las bacterias en la boca y forman ácidos. Estos ácidos desmineralizan y debilitan el esmalte dental, la capa más externa del diente.

- Formación de una cavidad: Con el tiempo, la acción continua de los ácidos puede crear una cavidad en el esmalte, creando un espacio donde las bacterias pueden proliferar.
- Infección de la dentina: Si la caries no se trata, las bacterias pueden avanzar hacia las capas más profundas del diente, alcanzando la dentina, que es una capa más suave y sensible. Esto puede causar sensibilidad y dolor.
- Complicaciones severas: Si la caries no se trata a tiempo, puede llegar a afectar la pulpa dental, la parte más interna del diente que contiene nervios y vasos sanguíneos. Esto puede causar dolor intenso y requerir tratamientos dentales más invasivos, como una endodoncia o la extracción del diente.

2 Objetivos

- Describir los principales enfoques utilizados por los odontólogos para tratar la caries dental dependiendo de la gravedad de la caries y puede variar desde procedimientos dentales simples hasta tratamientos más invasivos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El tratamiento de la caries dental en la consulta por parte del odontólogo depende de la gravedad de la caries y puede variar desde procedimientos dentales simples hasta tratamientos más invasivos. Aquí se describen los principales enfoques utilizados por los odontólogos para tratar la caries dental:

- Examen y diagnóstico: El proceso comienza con un examen dental completo para evaluar la extensión de la caries. Esto puede incluir la inspección visual, el

uso de radiografías dentales y otras herramientas de diagnóstico.

- Eliminación del tejido cariado: Si la caries se encuentra en sus etapas iniciales y solo afecta el esmalte, el odontólogo puede eliminar la caries con una pequeña perforación en el diente y limpiar la zona afectada. Esto se realiza con instrumentos dentales especializados.
- Empastes dentales (obturaciones): Cuando la caries ha causado una cavidad en el diente, el odontólogo utilizará empastes dentales, también conocidos como obturaciones, para restaurar la estructura del diente. Los empastes pueden estar hechos de diversos materiales, como amalgama, resina compuesta o cerámica, y se eligen según la ubicación y la estética del diente.
- Endodoncia (tratamiento de conducto): Si la caries ha avanzado y ha llegado a la pulpa dental, que contiene los nervios y los vasos sanguíneos, puede ser necesario realizar una endodoncia. Este procedimiento implica la eliminación de la pulpa infectada, la limpieza y el sellado del conducto radicular, y la restauración del diente con una corona.
- Coronas dentales: En casos de caries extensa o dientes debilitados, se pueden utilizar coronas dentales para cubrir y proteger el diente después de una endodoncia u otro tratamiento. Las coronas restauran la forma y la función del diente.
- Extracción dental: En casos graves en los que el diente está demasiado dañado para ser reparado o si hay una infección severa, el odontólogo puede optar por extraer el diente afectado.

5 Discusión-Conclusión

La elección del tratamiento dependerá de la gravedad de la caries, la ubicación en la boca y otros factores individuales del paciente. La prevención de las caries dentales se basa en una buena higiene oral, que incluye cepillarse los dientes con regularidad, usar hilo dental para eliminar la placa entre los dientes, limitar el consumo de alimentos ricos en azúcar y carbohidratos, y visitar al dentista regularmente para exámenes y limpiezas dentales. En casos de caries, el tratamiento puede incluir la eliminación del tejido dañado y la restauración del diente con empastes dentales u otras técnicas, dependiendo de la gravedad de la caries. La detección temprana y el tratamiento son clave para prevenir complicaciones y preservar la salud dental.

6 Bibliografía

- <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/cavities/diagnosis-treatment/drc-20352898>

Capítulo 589

EL ODONTOLOGO Y LA OSTEONECROSIS

LUIS GUILLERMO PESO NAVARRO

MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO

TAMARA VALERA COLLADO

1 Introducción

La osteonecrosis, también conocida como necrosis avascular o necrosis isquémica, es una condición médica en la que se produce la muerte del tejido óseo debido a una interrupción en el suministro de sangre al hueso. Cuando el flujo sanguíneo disminuye o se detiene por completo en una región específica del hueso, las células óseas no reciben el oxígeno y los nutrientes necesarios, lo que conduce a la muerte del tejido óseo.

La osteonecrosis puede afectar a cualquier hueso del cuerpo, pero es más común en ciertas áreas, como la cabeza del fémur (en la cadera), la cabeza del húmero (en el hombro), la rodilla, la mandíbula, el tobillo y las articulaciones de la mano. Las causas de la osteonecrosis pueden variar y pueden incluir:

- Traumatismo: Lesiones traumáticas, como fracturas o dislocaciones, pueden dañar los vasos sanguíneos y reducir el flujo de sangre al hueso.
- Consumo de alcohol excesivo: El abuso crónico de alcohol puede dañar los vasos sanguíneos y aumentar el riesgo de osteonecrosis.

- Uso de esteroides: El uso prolongado de corticosteroides, como parte del tratamiento de algunas condiciones médicas, puede aumentar el riesgo de desarrollar osteonecrosis.
- Presión intravascular aumentada: Algunas afecciones médicas, como la coagulación sanguínea anormal o el uso de medicamentos para la coagulación, pueden aumentar la presión dentro de los vasos sanguíneos y afectar el flujo sanguíneo a los huesos.
- Enfermedades médicas subyacentes: Condiciones como el lupus, la anemia de células falciformes y la artritis reumatoide pueden aumentar el riesgo de osteonecrosis.

2 Objetivos

- Explicar las situaciones en las que el odontólogo se pueden ver involucrado en la osteonecrosis (necrosis avascular o necrosis isquémica)

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de 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 puede estar involucrado en la atención de pacientes con osteonecrosis en los siguientes casos:

- Osteonecrosis de la mandíbula inducida por bisfosfonatos: Algunos medicamentos, como los bisfosfonatos, utilizados en el tratamiento de enfermedades óseas, pueden estar asociados con el riesgo de desarrollar osteonecrosis de la mandíbula. Los odontólogos juegan un papel fundamental en la prevención y el manejo de esta afección. Antes de iniciar el tratamiento con bisfosfonatos, es importante que los pacientes se sometan a una evaluación dental y reciban cualquier tratamiento dental necesario. Durante el tratamiento con bisfosfonatos, se recomienda una

atención dental regular y una buena higiene oral para reducir el riesgo de complicaciones.

- Osteonecrosis relacionada con procedimientos dentales: En algunos casos raros, los procedimientos dentales, como extracciones de dientes o cirugía oral, pueden estar asociados con el desarrollo de osteonecrosis de la mandíbula, especialmente en pacientes que han recibido bisfosfonatos u otros medicamentos similares. Los odontólogos deben tomar precauciones especiales al tratar a estos pacientes y considerar estrategias de manejo y prevención.

- Tratamiento dental en pacientes con enfermedades sistémicas: En pacientes con enfermedades sistémicas, como lupus o artritis reumatoide, que pueden aumentar el riesgo de osteonecrosis, los odontólogos deben trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como reumatólogos o internistas, para coordinar la atención y garantizar la seguridad de los procedimientos dentales.

Es importante destacar que el manejo y el tratamiento de la osteonecrosis en casos específicos pueden requerir un enfoque interdisciplinario que involucre a múltiples especialistas médicos y dentales. Los odontólogos desempeñan un papel crucial en la prevención y el manejo de la osteonecrosis cuando está relacionada con la salud bucal y los medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades óseas, trabajando en colaboración con otros profesionales de la salud para brindar atención integral a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del odontólogo en relación con la osteonecrosis varía según la causa y la ubicación de la afección. Si bien la osteonecrosis generalmente es tratada por especialistas en ortopedia, reumatología u otras disciplinas médicas, los odontólogos desempeñan un papel importante en ciertos casos específicos, especialmente cuando la osteonecrosis está relacionada con procedimientos dentales, el uso de medicamentos como los bisfosfonatos o enfermedades sistémicas.

En particular, los odontólogos pueden estar involucrados en la prevención y el manejo de la osteonecrosis de la mandíbula inducida por bisfosfonatos, realizando evaluaciones dentales antes del inicio del tratamiento, proporcionando atención dental regular durante el tratamiento y tomando precauciones especiales en procedimientos dentales. También pueden colaborar estrechamente con

otros especialistas médicos para coordinar la atención de pacientes con enfermedades sistémicas que pueden aumentar el riesgo de osteonecrosis.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007260.htm>

Capítulo 590

UNIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL ODONTÓLOGO ENTRE USO HABITUAL DE COLUTORIOS DE FLÚOR Y REDUCCIÓN DE LA CARIES DENTAL

MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO

LUIS GUILLERMO PESO NAVARRO

TAMARA VALERA COLLADO

1 Introducción

Los colutorios, también conocidos como enjuagues bucales o enjuagues bucales, son productos líquidos diseñados para enjuagar la boca y la garganta. Estos productos se utilizan comúnmente para mantener una higiene oral adecuada, refrescar el aliento, eliminar bacterias y proporcionar beneficios adicionales para la salud bucal. Los colutorios pueden variar en su composición y objetivos, y existen diferentes tipos de colutorios, entre ellos:

- Colutorios con flúor: Contienen flúor, un mineral que fortalece el esmalte dental y ayuda a prevenir la caries dental. Estos colutorios son útiles para fortalecer los dientes y prevenir la desmineralización.
- Colutorios antimicrobianos: Contienen agentes antimicrobianos, como clorhexidina o peróxido de hidrógeno, que ayudan a reducir la cantidad de bacterias en

la boca. Estos colutorios son útiles para controlar las infecciones bacterianas y la gingivitis.

- Colutorios para el mal aliento: Diseñados para refrescar el aliento, estos enjuagues bucales suelen contener ingredientes que combaten el mal olor, como aceites esenciales mentolados o clorofila.
- Colutorios para dientes sensibles: Estos colutorios pueden contener compuestos que ayudan a aliviar la sensibilidad dental, como el nitrato de potasio. Ayudan a reducir la molestia experimentada al consumir alimentos o bebidas frías o calientes.
- Colutorios blanqueadores: Contienen ingredientes que pueden ayudar a aclarar los dientes o a reducir las manchas superficiales. Estos productos pueden usarse como complemento a un programa de blanqueamiento dental.
- Colutorios para ortodoncia: Diseñados específicamente para personas con brackets o aparatos ortodónticos, estos colutorios pueden ayudar a limpiar áreas difíciles de alcanzar y prevenir problemas bucales relacionados con los aparatos.

2 Objetivos

- Describir algunas de las razones por las cuales los odontólogos promueven el uso de colutorios de flúor como parte de una rutina de cuidado 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

Desde el punto de vista del odontólogo, el uso habitual de colutorios de flúor puede ser una herramienta eficaz en la reducción de la caries dental y en la mejora de la salud bucal de los pacientes. Aquí se explican algunas de las razones por

las cuales los odontólogos promueven el uso de colutorios de flúor como parte de una rutina de cuidado oral:

- Fortalecimiento del esmalte dental: El flúor es un mineral que fortalece el esmalte dental, la capa protectora externa de los dientes. El esmalte fortalecido es menos propenso a la desmineralización y a la formación de caries. Los colutorios de flúor proporcionan una fuente adicional de este mineral a los dientes, lo que ayuda a mantenerlos más resistentes a los ácidos producidos por las bacterias.
- Acción preventiva: El flúor en los colutorios puede actuar como una medida preventiva contra la caries dental, especialmente en áreas donde el agua de consumo no está fluorada o cuando se requiere una protección adicional.
- Llegar a áreas de difícil acceso: Los colutorios de flúor pueden llegar a áreas de la boca que pueden ser difíciles de alcanzar con el cepillado y el uso de hilo dental, como las fisuras de las muelas posteriores y los espacios interdentes. Esto ayuda a proteger estas áreas de la formación de caries.
- Ayuda en situaciones específicas: Los odontólogos pueden recomendar el uso de colutorios de flúor en situaciones específicas, como en pacientes con alto riesgo de caries, personas con ortodoncia o niños en proceso de desarrollo dental. Estos colutorios pueden ser una parte importante de un plan de prevención de caries personalizado.
- Tratamiento posterior a procedimientos dentales: Después de ciertos procedimientos dentales, como limpiezas profundas o extracciones de dientes, los odontólogos pueden recomendar el uso de colutorios de flúor para ayudar en la recuperación y prevenir infecciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, desde el punto de vista del odontólogo, el uso habitual de colutorios de flúor puede desempeñar un papel significativo en la reducción de la caries dental y en la promoción de una mejor salud bucal. El flúor es un mineral que fortalece el esmalte dental y ayuda a prevenir la desmineralización de los dientes, lo que disminuye la probabilidad de desarrollar caries. Los colutorios de flúor ofrecen beneficios adicionales, como llegar a áreas de difícil acceso en la boca y proporcionar una capa protectora adicional contra los ácidos producidos por las bacterias orales.

Es importante recordar que el uso de colutorios de flúor debe ser parte de una rutina de cuidado oral completa que incluye el cepillado dental regular con una pasta de dientes con flúor, el uso de hilo dental y visitas periódicas al dentista para limpiezas y exámenes dentales

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed y Scielo

Capítulo 591

TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE NEONATOS HOSPITALARIO

MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA

SANDRA FERNANDEZ PAJARES

RAQUEL SALVADOR MOYA

DAVID DE LA PEÑA MARTÍN

JUAN CARLOS PULIDO JIMÉNEZ

1 Introducción

El servicio de neonatos hospitalario es una unidad especializada dentro de un hospital que se dedica al cuidado y tratamiento de recién nacidos prematuros o con condiciones médicas que requieren atención médica y cuidados intensivos. Esta unidad se centra en proporcionar atención especializada y compasiva a los neonatos desde el momento de su nacimiento hasta que están lo suficientemente saludables como para ser dados de alta o trasladados a otra área del hospital. En el servicio de neonatos, se brinda atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y el personal está altamente capacitado en pediatría neonatal. Los neonatólogos, enfermeras neonatales, terapeutas respiratorios y otros profesionales de la salud trabajan en conjunto para proporcionar una atención integral a los bebés prematuros o enfermos.

Los neonatos hospitalarios pueden requerir una variedad de tratamientos, como soporte respiratorio, nutrición especializada, monitoreo continuo de signos vitales y cuidados de enfermería específicos para su condición. Además, el servicio de neonatos también ofrece apoyo y orientación a las familias, ya que enfrentar la hospitalización de un recién nacido puede ser emocionalmente desafiante.

El servicio de neonatos hospitalario es una unidad esencial que se enfoca en el cuidado de bebés prematuros o con problemas de salud. Proporciona un entorno especializado y experto para garantizar que estos recién nacidos tengan la mejor oportunidad de recuperación y crecimiento saludable, al tiempo que brinda apoyo a las familias durante este período difícil.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del celador en el servicio de neonatos del hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

El trabajo del celador en el servicio de pediatría hospitalaria es de vital importancia para garantizar que los niños reciban la atención médica y el cuidado que necesitan en un entorno hospitalario. Los celadores desempeñan un papel crucial en el bienestar de los pacientes pediátricos y en el funcionamiento general del servicio de pediatría.

Apoyo en el traslado de pacientes: Los celadores ayudan en el traslado de los niños desde sus habitaciones a las áreas de tratamiento, consultorios médicos o quirófanos. Esto requiere habilidades para manejar camillas y sillas de ruedas pediátricas de manera segura y confortable, especialmente cuando los niños están enfermos o tienen necesidades especiales.

Asistencia en la higiene y comodidad: Los celadores colaboran con el personal de enfermería para asegurarse de que las habitaciones de los niños estén limpias y cómodas. Esto implica cambiar la ropa de cama, limpiar superficies y garantizar que los pacientes tengan todo lo que necesitan para sentirse cómodos.

Acompañamiento y apoyo emocional: Los niños a menudo se sienten ansiosos o asustados durante su estancia en el hospital. Los celadores pueden brindar compañía y consuelo, especialmente cuando los padres no pueden estar presentes todo el tiempo. Esto puede incluir juegos o actividades para distraer a los niños y hacer que se sientan más relajados.

Logística y suministros: Los celadores son responsables de transportar suministros médicos y equipos entre diferentes áreas del hospital. Esto es esencial para garantizar que los médicos y enfermeras tengan acceso a lo que necesitan para brindar atención de calidad a los pacientes pediátricos.

Seguridad: La seguridad de los pacientes es una prioridad en el servicio de pediatría. Los celadores colaboran en la supervisión de áreas comunes y pasillos para prevenir accidentes y mantener un entorno seguro para los niños y sus familias.

E trabajo del celador en el servicio de pediatría hospitalaria implica una variedad de responsabilidades que van desde el cuidado y confort de los pacientes hasta el apoyo emocional y la logística. Su presencia es fundamental para asegurar que los niños y sus familias se sientan respaldados y atendidos durante su estancia en el hospital, contribuyendo así a una atención médica integral y de calidad.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento del servicio de neonatos hospitalario, es esencial que los celadores desempeñen un papel activo en la atención y el bienestar de los recién nacidos y sus familias. Aquí hay algunas recomendaciones clave:

En primer lugar, los celadores deben mantener un alto nivel de empatía y sensibilidad al trabajar con bebés prematuros o enfermos y sus padres. La comunicación efectiva y el apoyo emocional son fundamentales para tranquilizar a las familias preocupadas y crear un ambiente de confianza.

En segundo lugar, la higiene y la limpieza son cruciales en el área de neonatología. Los celadores deben seguir rigurosas medidas de higiene para prevenir la propa-

gación de infecciones y garantizar un entorno seguro para los bebés vulnerables.

Además, es esencial que los celadores colaboren estrechamente con el personal de enfermería y médico para asegurarse de que los recién nacidos reciban una atención adecuada y oportuna. La comunicación fluida y la disposición para ayudar en tareas logísticas son clave para el trabajo en equipo eficiente.

Los celadores en el servicio de neonatología deben enfocarse en la empatía, la higiene, la colaboración y la comunicación efectiva. Al seguir estas recomendaciones, contribuirán significativamente al bienestar de los bebés y sus familias, y al funcionamiento exitoso de esta área hospitalaria.

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 592

TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS HOSPITALARIA

MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA

SANDRA FERNANDEZ PAJARES

RAQUEL SALVADOR MOYA

DAVID DE LA PEÑA MARTÍN

JUAN CARLOS PULIDO JIMÉNEZ

1 Introducción

El servicio de hemodiálisis hospitalario es un departamento integral dentro de un centro de salud que se especializa en brindar terapia de diálisis a pacientes con enfermedad renal crónica y otras afecciones médicas graves que requieren la eliminación de toxinas y exceso de líquidos de la sangre. Esta terapia se realiza a través de un proceso llamado hemodiálisis, que implica el uso de una máquina de diálisis para filtrar y purificar la sangre del paciente.

En este servicio, un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, que incluye nefrólogos, enfermeras especializadas, técnicos de diálisis y, a menudo, celadores, trabaja en conjunto para proporcionar atención especializada y personalizada a cada paciente. El personal se encarga de la preparación y conexión

del paciente a la máquina de diálisis, supervisa de cerca el proceso y monitorea signos vitales y reacciones durante la terapia.

Además, el servicio de hemodiálisis hospitalario se preocupa por el bienestar integral del paciente, ofreciendo apoyo emocional y educación sobre la enfermedad renal y el autocuidado. También se encarga de mantener equipos y áreas limpias y esterilizadas para prevenir infecciones, ya que los pacientes que requieren hemodiálisis a menudo tienen sistemas inmunológicos debilitados.

En resumen, el servicio de hemodiálisis hospitalario es esencial para el manejo de enfermedades renales graves y proporciona una atención integral que aborda tanto las necesidades médicas como las emocionales de los pacientes. Su personal altamente capacitado desempeña un papel vital en la mejora de la calidad de vida de quienes requieren este tratamiento.

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 hemodiálisis hospitalaria es fundamental para garantizar el funcionamiento eficiente y seguro de esta área especializada. Su labor abarca diversas funciones que contribuyen al bienestar de los pacientes y al correcto desarrollo de las terapias de diálisis. A continuación, se describen las principales responsabilidades del celador en este entorno:

Preparación del Área: El celador se encarga de preparar las salas de diálisis antes de la llegada de los pacientes. Esto implica asegurarse de que todas las máquinas y equipos estén en funcionamiento, las áreas estén limpias y desinfectadas, y que se disponga de suministros necesarios como agujas, catéteres y soluciones.

Asistencia en la Recepción de Pacientes: El celador recibe a los pacientes en la sala de espera y los ayuda a trasladarse de manera segura a las áreas de tratamiento. Brinda apoyo físico y emocional, especialmente a aquellos con movilidad reducida o ansiedad.

Colaboración en la Preparación de Pacientes: Junto con el personal de enfermería, el celador colabora en la preparación de los pacientes para la diálisis. Esto puede incluir la toma de signos vitales, la medición del peso, la desinfección de sitios de acceso vascular y la conexión a la máquina de diálisis.

Asistencia Durante la Terapia: El celador permanece presente durante las sesiones de diálisis, supervisando el estado de los pacientes y respondiendo a sus necesidades. Esto puede incluir proporcionar agua, ajustar la posición de la silla o brindar compañía.

Mantenimiento de la Limpieza: La limpieza y desinfección son cruciales en el servicio de hemodiálisis para prevenir infecciones. El celador colabora en la limpieza constante de superficies y equipos, así como en la gestión adecuada de los desechos médicos.

Apoyo al Alta de Pacientes: Después de la terapia, el celador ayuda a los pacientes a desconectarse de la máquina de diálisis y se asegura de que se sientan cómodos antes de dejar el área. También colabora en la organización de sus pertenencias.

Transporte de Pacientes: En algunos casos, el celador puede encargarse de trasladar a los pacientes desde y hacia la sala de diálisis, especialmente si necesitan movilidad asistida.

Colaboración en Situaciones de Emergencia: En situaciones de emergencia, como reacciones adversas durante la diálisis, el celador es parte del equipo que brinda asistencia inmediata y apoyo a los profesionales de la salud.

El celador desempeña un papel esencial en el servicio de hemodiálisis hospitalaria al garantizar la seguridad, comodidad y bienestar de los pacientes. Su labor contribuye a un entorno de atención médica eficiente y de alta calidad.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento del servicio de hemodiálisis hospitalaria, es fundamental que los celadores sigan algunas recomendaciones clave:

En primer lugar, la comunicación efectiva es esencial. Los celadores deben mantener una comunicación fluida y clara con el personal de enfermería y médicos, informando sobre cualquier cambio en la condición de los pacientes o cualquier problema en el área de diálisis. Esto garantiza una atención coordinada y segura.

En segundo lugar, la higiene y desinfección son de suma importancia. Los celadores deben seguir estrictos protocolos de limpieza y desinfección para prevenir infecciones cruzadas. Esto incluye la limpieza regular de superficies y equipos, así como la gestión adecuada de los desechos médicos.

Finalmente, el celador debe mostrar empatía y comprensión hacia los pacientes. La diálisis puede ser un proceso largo y desafiante, por lo que brindar apoyo emocional y mantener una actitud amable puede marcar una gran diferencia en la experiencia de los pacientes.

Una comunicación efectiva, prácticas de higiene rigurosas y un enfoque compasivo son elementos clave para un buen funcionamiento del servicio de hemodiálisis hospitalaria. Estas recomendaciones contribuyen a la seguridad y el bienestar de los pacientes, así como a la eficiencia en la atención médica.

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 593

TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA SIN INGRESO HOSPITALARIO

MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA

SANDRA FERNANDEZ PAJARES

RAQUEL SALVADOR MOYA

DAVID DE LA PEÑA MARTÍN

JUAN CARLOS PULIDO JIMÉNEZ

1 Introducción

El Servicio de Cirugía sin Ingreso Hospitalario, también conocido como cirugía ambulatoria o cirugía de día, es un componente importante de la atención médica moderna que permite realizar procedimientos quirúrgicos sin requerir que el paciente pase la noche en el hospital. Esta modalidad de atención se ha desarrollado para reducir costos, disminuir el tiempo de hospitalización y acelerar la recuperación del paciente.

En este entorno, los pacientes se someten a intervenciones quirúrgicas programadas y selectas, que no requieren una estadía prolongada en el hospital. Estos procedimientos varían en complejidad y pueden incluir desde cirugías menores hasta intervenciones más elaboradas, como la extracción de cálculos renales o cirugía ocular.

El paciente llega al centro de cirugía sin ingreso hospitalario en la mañana y se le da de alta el mismo día, una vez que haya superado los efectos de la anestesia y se haya asegurado de que su condición sea estable. Esto a menudo implica un seguimiento médico posterior a la cirugía para monitorear la recuperación.

El Servicio de Cirugía sin Ingreso Hospitalario ofrece varias ventajas, como una menor exposición a infecciones hospitalarias, una recuperación más rápida en el hogar y una reducción en los costos médicos. Sin embargo, no todos los pacientes son candidatos adecuados para este tipo de cirugía, ya que depende de la naturaleza de la intervención y la salud general del paciente. Por lo tanto, se requiere una evaluación médica exhaustiva para determinar la idoneidad de cada caso.

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 Cirugía sin Ingreso Hospitalario es fundamental para garantizar un flujo eficiente y seguro de pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos ambulatorios. A pesar de que estos pacientes no permanecen en el hospital durante la noche, requieren atención y cuidados específicos antes, durante y después de la cirugía. A continuación, se describen las principales funciones del celador en este entorno:

Recepción y acompañamiento de pacientes: El celador recibe a los pacientes en la entrada del centro de cirugía ambulatoria. Proporciona información sobre el proceso, verifica la identidad del paciente y los acompaña a la zona de preparación quirúrgica. También ofrece apoyo emocional para calmar la ansiedad preoperatoria.

Preparación de la sala de cirugía: Antes de cada procedimiento, el celador se encarga de preparar la sala quirúrgica. Esto implica asegurarse de que todos los equipos y suministros necesarios estén disponibles y en condiciones óptimas. Además, colabora con la limpieza y desinfección de la sala según los protocolos hospitalarios.

Transporte seguro: El celador se encarga de trasladar a los pacientes de la zona de preparación a la sala de cirugía y luego a la sala de recuperación. Durante estos desplazamientos, garantiza que los pacientes estén cómodos y seguros, evitando caídas o lesiones.

Apoyo en la sala de recuperación: Después de la cirugía, el celador acompaña a los pacientes a la sala de recuperación, donde se monitorea su estado postoperatorio. Colabora con el personal de enfermería para garantizar que los pacientes estén cómodos y tengan acceso a sus familiares si es necesario.

Mantenimiento del orden: El celador mantiene el orden en las áreas de circulación y espera del centro de cirugía ambulatoria. Esto incluye la limpieza de áreas comunes y la gestión adecuada de desechos médicos.

Comunicación efectiva: El celador debe mantener una comunicación fluida con el personal médico y de enfermería para coordinar la atención de los pacientes. También debe estar atento a cualquier emergencia o necesidad que pueda surgir durante los procedimientos.

El celador desempeña un papel esencial en el Servicio de Cirugía sin Ingreso Hospitalario al brindar apoyo logístico, cuidados básicos y un trato amable a los pacientes. Su trabajo contribuye a que los procedimientos quirúrgicos ambulatorios se realicen de manera eficiente y segura, garantizando una experiencia positiva para los pacientes y el personal médico.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento del Servicio de Cirugía sin Ingreso Hospitalario, es fundamental que los celadores sigan estas recomendaciones:

En primer lugar, la comunicación efectiva es clave. Mantengan una comunicación fluida y constante con el personal médico, de enfermería y con los propios pacientes. Estar al tanto de las necesidades y cambios en el estado de los pacientes facilita la coordinación y el cuidado integral.

En segundo lugar, mantengan la empatía y el apoyo hacia los pacientes. La ansiedad y el estrés son comunes en el entorno quirúrgico, por lo que brindar un trato amable y comprensivo puede marcar la diferencia. Escuchar las preocupaciones de los pacientes y sus familias contribuye a crear un ambiente más acoge-

dor y seguro.

Por último, la eficiencia en la preparación de las salas y el transporte de los pacientes es esencial. Asegúrense de que todo esté en orden y listo para cada procedimiento. Además, sean proactivos en la resolución de problemas y estén preparados para actuar rápidamente en caso de emergencia.

Con estas prácticas, los celadores pueden desempeñar un papel fundamental en el Servicio de Cirugía sin Ingreso Hospitalario, contribuyendo a un entorno de atención eficiente y centrada en el paciente.

6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 594

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ALMACÉN DE UN HOSPITAL: EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE RECURSOS

DAVID OLIVARES MUÑOZ

JAVIER SÁNCHEZ-VILLACANAS ABENGOZAR

JOSE CARLOS CANO LORENTE

BEATRIZ OLIVARES MUÑOZ

MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS

1 Introducción

La gestión eficiente de un almacén en un hospital es esencial para garantizar la atención médica de calidad y el bienestar de los pacientes. Los hospitales son entidades complejas que requieren un flujo constante de suministros médicos, desde medicamentos hasta equipos de diagnóstico y material quirúrgico. Un almacén bien organizado desempeña un papel crucial en la logística hospitalaria.

En primer lugar, un almacén hospitalario debe mantener un inventario actualizado y preciso. Esto significa llevar un registro detallado de cada artículo almacenado, su cantidad, fecha de vencimiento (en el caso de medicamentos) y ubicación. La gestión electrónica de inventario ha revolucionado este proceso,

permitiendo un seguimiento en tiempo real y evitando la pérdida de suministros críticos.

La seguridad es otro aspecto fundamental. Los almacenes hospitalarios deben cumplir con estrictos estándares de seguridad para proteger los suministros y evitar robos o daños. Esto incluye sistemas de acceso restringido, cámaras de vigilancia y procedimientos de control de acceso.

La distribución eficiente de suministros es esencial para mantener la operación hospitalaria en marcha. Los trabajadores del almacén deben coordinarse estrechamente con los departamentos médicos para asegurarse de que los suministros lleguen a tiempo. La tecnología, como los sistemas de gestión de inventario, puede facilitar este proceso al automatizar la reposición de existencias cuando sea necesario.

Además, la gestión de residuos médicos es una responsabilidad crítica en un hospital. Los almacenes deben contar con áreas designadas para el almacenamiento seguro de desechos biológicos y materiales peligrosos, garantizando que se manejen adecuadamente y se eliminan de acuerdo con las regulaciones.

La función del celador en el almacén es de vital importancia para el funcionamiento eficiente y efectivo de la institución médica, asegurando que los recursos esenciales estén disponibles cuando se necesitan.

2 Objetivos

- Aprender a distinguir las diferentes áreas de las que se compone el almacén.
- Identificar las funciones que realiza el celador dentro de un almacén hospitalario.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo para realizar este capítulo una metodología que consiste en una investigación en profundidad. Se ha realizado una búsqueda en libros de biblioteca, en artículos científicos y sobre todo en páginas web de contenido relacionado con el tema.

Palabras clave: organización, gestión, eficiencia, inventario.

4 Resultados

El almacén de un hospital está compuesto por varias áreas o secciones destinadas a almacenar y gestionar diferentes tipos de suministros, equipos médicos y productos necesarios para el funcionamiento del mismo. Estas áreas pueden variar según el tamaño y la complejidad del hospital, pero a menudo incluyen:

- **Farmacia:** Este es uno de los componentes más importantes del almacén hospitalario. Aquí se almacenan y se gestionan los medicamentos, incluyendo recetas médicas, medicamentos de uso interno del hospital y suministros farmacéuticos esenciales.
- **Almacenamiento de suministros médicos:** En esta área se guardan suministros médicos generales como vendajes, apósitos, gasas, jeringas, agujas, catéteres, guantes quirúrgicos y otros elementos necesarios para la atención de los pacientes.
- **Suministros quirúrgicos:** Los instrumentos y suministros quirúrgicos requieren un área específica de almacenamiento. Aquí se incluyen dispositivos estériles, herramientas quirúrgicas, paños quirúrgicos y otros suministros necesarios para las intervenciones quirúrgicas.
- **Suministros de laboratorio:** En esta sección se almacenan productos y equipos utilizados en el laboratorio clínico del hospital, como reactivos, tubos de ensayo, microscopios y equipos de análisis.
- **Suministros de imagen para el diagnóstico:** Los hospitales suelen tener un área para el almacenamiento de suministros relacionados con la radiología y la imagenología, como películas radiográficas, productos químicos para revelado de imágenes y accesorios para equipos de rayos X.
- **Almacén de alimentos y nutrición:** En algunos hospitales, se gestiona un almacén de alimentos que contiene provisiones para la preparación de comidas para pacientes y personal médico. Esto incluye alimentos frescos, productos enlatados y otros productos relacionados con la nutrición.
- **Suministros de mantenimiento y limpieza:** Este sector contiene suministros utilizados para el mantenimiento del hospital, como herramientas, productos de limpieza, equipos de seguridad y material de protección.
- **Equipos médicos grandes:** En algunos hospitales, se requiere un área específica para almacenar equipos médicos grandes, como camas de hospital, sillas de ruedas, dispositivos de asistencia respiratoria y otros equipos especializados.
- **Suministros de oficina y administrativos:** Esta área contiene suministros necesarios para las operaciones administrativas del hospital, como papel, carpetas, computadoras, impresoras y otros elementos de oficina.

- Almacenamiento de archivos médicos: En algunos casos, se puede incluir un espacio para el almacenamiento seguro de registros médicos y documentos confidenciales de los pacientes, cumpliendo con las regulaciones de privacidad y seguridad.

Cada una de estas áreas dentro del almacén hospitalario cumple un papel esencial en el funcionamiento general del hospital y en la atención de los pacientes. La gestión adecuada de estos recursos es crucial para garantizar la eficiencia, la seguridad y la calidad de la atención médica.

El almacén de un hospital es el epicentro de la gestión de suministros médicos, equipos, medicamentos y otros recursos esenciales para la atención de los pacientes. El celador desempeña un papel fundamental en la recepción, almacenamiento, distribución y control de estos elementos, contribuyendo así directamente a la calidad de la atención médica.

La introducción de tecnología y sistemas de gestión de inventario ha modernizado el trabajo del celador en el almacén hospitalario. Sin embargo, su conocimiento profundo de los procedimientos y protocolos hospitalarios es insustituible. Esto se debe a que el celador debe garantizar que los suministros críticos estén siempre disponibles, evitando retrasos en los tratamientos médicos y contribuyendo a la seguridad del paciente.

Además, el celador en el almacén se encarga de mantener un control estricto de las fechas de vencimiento de medicamentos y suministros perecederos, asegurando que solo se utilicen productos en perfectas condiciones. Esta labor es esencial para prevenir riesgos asociados con el uso de suministros caducados.

Otro aspecto crucial de la labor del celador en el almacén es la colaboración con otros departamentos del hospital, como el personal de enfermería, los médicos y los administradores. La comunicación efectiva es esencial para garantizar que se satisfagan las necesidades de suministros de manera oportuna y eficiente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el almacén de un hospital es una parte esencial de la infraestructura de atención médica. Su gestión eficiente garantiza que los pacientes reciban atención de alta calidad y que los profesionales de la salud tengan acceso a los suministros necesarios. La tecnología y los protocolos de seguridad son herramientas clave para mantener un almacén hospitalario eficiente y seguro.

El rol del celador en el almacén de un hospital es un componente vital pero a menudo subestimado de la atención médica. Su capacidad para gestionar de manera efectiva los recursos y garantizar la disponibilidad de suministros y equipos

es esencial para brindar una atención médica de alta calidad. El celador en el almacén contribuye en gran medida a la seguridad y eficiencia de la atención hospitalaria, trabajando en las sombras para respaldar el bienestar de los pacientes y el funcionamiento general del hospital.

6 Bibliografía

1. Online C, Perfil VT mi. Tema 26. El Celador en el Almacén. Suministros Hospitalarios [Internet]. Blogspot.com. 2018 [citado el 10 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-26-el-celador-en-el-servicio-del.html>.
2. Suministros: Compras y Almacén [Internet]. Hgucr.es. [citado el 10 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.hgucr.es/areas/areas-no-asistenciales/suministros/>.
3. Investigación RS. El celador y su trabajo en el almacén en los centros hospitalarios [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 10 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-y-su-trabajo-en-el-almacen-en-los-centros-hospitalarios/>.
4. Funciones del celador en el almacén hospitalario [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo”. 2021 [citado el 10 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://congresosicepa.com/funciones-celador-almacen-hospitalario/>.

Capítulo 595

EL ROL QUE DESEMPEÑA UN CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS DEL HOSPITAL

DAVID OLIVARES MUÑOZ

JAVIER SÁNCHEZ-VILLACAÑAS ABENGOZAR

JOSE CARLOS CANO LORENTE

BEATRIZ OLIVARES MUÑOZ

MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS

1 Introducción

La sala de autopsias de un hospital es un espacio único y crítico que despierta una mezcla de curiosidad, respeto y solemnidad. En este entorno, se llevan a cabo procedimientos médicos fundamentales que contribuyen significativamente a la investigación científica, el diagnóstico preciso de enfermedades y la comprensión de las causas de la muerte. Esta sala, a menudo ubicada en un rincón discreto del hospital, está diseñada meticulosamente para abordar los desafíos específicos que implica la realización de autopsias y la manipulación de cadáveres.

En la sala de autopsias, el protagonista principal es el patólogo, un médico especializado en el estudio de los órganos y tejidos del cuerpo humano después de la muerte. Sin embargo, el trabajo del patólogo no sería posible sin la presencia y el apoyo del celador. El celador de la sala de autopsias desempeña un papel crucial

en la preparación del espacio, el manejo adecuado de los cuerpos y la asistencia durante el proceso de autopsia.

El protocolo riguroso que se sigue en la sala de autopsias garantiza que se mantenga un ambiente seguro y limpio en todo momento. La sala está equipada con herramientas quirúrgicas especializadas, sistemas de ventilación adecuados y sistemas de iluminación que permiten a los patólogos realizar procedimientos precisos y minuciosos.

En última instancia, la sala de autopsias es un lugar de aprendizaje constante y de contribución significativa a la medicina y la ciencia forense. A través de autopsias cuidadosamente llevadas a cabo, los médicos pueden identificar enfermedades, evaluar la efectividad de tratamientos médicos y contribuir a la investigación de enfermedades genéticas y contagiosas. Este espacio, a menudo oscuro y silencioso, desempeña un papel esencial en el progreso de la medicina y la mejora de la atención médica en todo el mundo.

2 Objetivos

- Conocer el protocolo a realizar antes, durante y después de hacer una autopsia.
- Distinguir las funciones que realiza el celador en la sala de autopsias.

3 Metodología

La metodología seguida para realizar este trabajo ha sido la siguiente: se ha investigado exhaustivamente en páginas web de internet relacionadas con el ámbito sanitario. También se ha sacado información de revistas médicas online y de artículos científicos publicados.

Palabras clave: autopsia, mortuorio, cadáver.

4 Resultados

El protocolo de un celador antes, durante y después de realizar una autopsia es esencial para garantizar un proceso ordenado y seguro. Estas son las acciones que debe seguir un celador en cada etapa:

Antes de la Autopsia:

- Preparación del Espacio: Asegurarse de que la sala de autopsias esté limpia y desinfectada antes de la autopsia. Verificar que todas las herramientas y equipos necesarios estén en su lugar y en condiciones adecuadas.

- **Material de Protección Personal:** Vestir el equipo de protección personal, que generalmente incluye bata, guantes, gafas de protección y máscara facial. Esto es esencial para prevenir la exposición a fluidos y patógenos.
- **Verificación del Cadáver:** Asegurarse de que el cuerpo esté debidamente identificado, etiquetado y preparado para la autopsia. Asegurarse de que no haya objetos extraños en la sala que puedan interferir con el procedimiento.

Durante la Autopsia:

- **Asistencia al Patólogo:** Ayudar al patólogo durante la autopsia, proporcionando herramientas y utensilios según sea necesario. También puede ayudar en la documentación de hallazgos.
- **Transporte de Muestras:** Preparar y transportar las muestras de tejido y órganos de manera segura y etiquetada para su análisis posterior en el laboratorio.
- **Mantenimiento del Orden:** Mantener la sala de autopsias ordenada y asegurarse de que los desechos biológicos se manejen correctamente y se eliminen adecuadamente.

Después de la Autopsia:

- **Limpieza y Desinfección:** Limpiar y desinfectar a fondo la sala de autopsias y todos los equipos utilizados. Esto es fundamental para evitar la contaminación cruzada y garantizar un ambiente seguro para futuros procedimientos.
- **Transporte del Cadáver:** Asegurarse de que el cuerpo sea debidamente preparado y transportado a la morgue o a su destino final, siguiendo los procedimientos establecidos y mostrando respeto y sensibilidad hacia la dignidad del difunto y su familia.
- **Documentación:** Registrar cualquier información relevante sobre el procedimiento, como la identificación del cuerpo y las observaciones del patólogo.

El cumplimiento riguroso de este protocolo es esencial para garantizar la integridad del proceso de autopsia, mantener un ambiente seguro y respetuoso, y contribuir al trabajo del equipo médico y de investigación en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la función del celador en una sala de autopsias es de vital importancia para garantizar la integridad, eficiencia y respeto en los procedimientos médicos post-mortem. Este profesional desempeña un papel multifacético que abarca desde la preparación del espacio y el manejo adecuado de los cuerpos hasta la asistencia durante la autopsia y la gestión de muestras. Su labor contribuye directamente a la precisión de los diagnósticos, la investigación científica y la comprensión de las causas de la muerte.

La responsabilidad del celador no se limita únicamente a aspectos técnicos, sino que también implica mantener un ambiente limpio y seguro, y asegurarse de que cada procedimiento se realice con respeto y dignidad hacia el fallecido y sus seres queridos. Además, su labor de documentación es esencial para mantener un historial forense preciso y confiable.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Actuación del celador en la sala de autopsias [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 10 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-del-celador-en-la-sala-de-autopsias/>.
2. Sala de autopsias en condiciones de bioseguridad nivel 3 para el Instituto de Medicina Legal de Las Palmas de Gran Canaria [Internet]. Hospitecnia. 2021 [citado el 10 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://hospitecnia.com/proyectos/sala-autopsias-las-palmas/>.
3. Solano Cordero M. Exposición a riesgos en la sala de autopsias. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2022 [citado el 10 de septiembre de 2023];39(1):4–19. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152022000100004.
4. Actuación del celador en la sala de autopsias [Internet]. Escuelade-laoposicion.com. Escuela de la oposición; 2022 [citado el 10 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.escueladelaoposicion.com/actuacion-del-celador-en-la-sala-de-autopsias-funciones/>.
5. Online C, Perfil VT mi. Tema 24. Actuación del Celador en la sala de autopsias [Internet]. Blogspot.com. [citado el 10 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-2_17.html.

Capítulo 596

LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LA PUERTA DE RECEPCIÓN DE UN HOSPITAL. EL CONTROL DE ACCESO AL CENTRO HOSPITALARIO

DAVID OLIVARES MUÑOZ

JAVIER SÁNCHEZ-VILLACANAS ABENGOZAR

JOSE CARLOS CANO LORENTE

BEATRIZ OLIVARES MUÑOZ

MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS

1 Introducción

La puerta de recepción de un hospital es la primera impresión que tienen los pacientes y sus familias cuando llegan a un centro de atención médica. Este punto de entrada es crucial para establecer un ambiente acogedor y seguro, que transmita confianza y cuidado desde el primer momento. En este contexto, se desempeña un papel fundamental en la experiencia general de los pacientes y en la eficacia de la atención médica.

En primer lugar, la puerta de recepción es el punto de acceso físico al hospital. Es donde los pacientes ingresan, se registran y se les dirige a las áreas apropiadas para su atención. Un personal amable y bien entrenado en la recepción puede

marcar la diferencia al brindar orientación, responder preguntas y aliviar las preocupaciones de los pacientes. La puntualidad y la eficiencia en el proceso de admisión también son aspectos clave para evitar retrasos innecesarios.

Además, la puerta de recepción es un punto de encuentro para las familias y amigos de los pacientes. En momentos de ansiedad y preocupación, un ambiente cálido y acogedor puede proporcionar consuelo y apoyo emocional. Espacios adecuados para sentarse, información clara y una atención empática son esenciales para satisfacer las necesidades de los acompañantes de los pacientes.

La seguridad es otro aspecto crítico en la puerta de recepción. Se deben implementar medidas para garantizar que solo las personas autorizadas tengan acceso a las áreas restringidas del hospital. Esto incluye la identificación adecuada de pacientes y visitantes, así como el control de visitas en situaciones especiales, como en unidades de cuidados intensivos o áreas pediátricas.

En un mundo cada vez más digital, la puerta de recepción también se ha vuelto un punto de acceso a servicios en línea, como la programación de citas y la obtención de registros médicos. La tecnología juega un papel importante en agilizar estos procesos y facilitar la comunicación entre el personal y los pacientes.

2 Objetivos

- Reconocer la importancia que tiene el celador en la puerta de un hospital.
- Saber las funciones que realiza el celador en dicho área.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 esencial en la puerta de un hospital y en el funcionamiento general del centro de atención médica. Su presencia y funciones son de gran importancia por diversas razones:

- **Control de acceso y seguridad:** El celador es responsable de verificar la identidad de las personas que ingresan al hospital, lo que contribuye a mantener un entorno seguro para los pacientes, el personal médico y los visitantes. Esto es especialmente crítico en situaciones en las que la seguridad y la privacidad de los pacientes deben protegerse, como en unidades de cuidados intensivos o áreas de salud mental.
- **Orientación y asistencia:** El celador puede desempeñar un papel fundamental en la orientación de los pacientes y visitantes. Puede proporcionar direcciones a las diferentes áreas del hospital, ayudar a las personas a encontrar la ubicación de las consultas médicas o brindar información sobre los horarios de visitas. Esta asistencia es particularmente valiosa en un entorno médico a menudo complejo y desconocido para quienes lo visitan.
- **Apoyo emocional:** El celador a menudo es la primera persona con la que los pacientes y sus familias tienen contacto en el hospital. Su actitud amable y compasiva puede ayudar a calmar a personas ansiosas o preocupadas, creando un ambiente más acogedor y reconfortante.
- **Colaboración en el transporte de pacientes:** Los celadores también suelen estar involucrados en el traslado de pacientes dentro del hospital, ya sea en camilla o silla de ruedas. Su habilidad para hacerlo de manera segura y con empatía es fundamental para el bienestar de los pacientes y su experiencia en el hospital.
- **Apoyo al personal de enfermería y médico:** Los celadores colaboran estrechamente con el personal de enfermería y médico para garantizar un flujo de trabajo eficiente. Ayudan en la logística del hospital, como la entrega de suministros médicos o la preparación de salas para procedimientos médicos, lo que libera tiempo al personal médico para centrarse en la atención directa a los pacientes.
- **Vigilancia del orden y el ambiente:** Los celadores también pueden ser responsables de mantener el orden en las áreas de recepción y de asegurarse de que el ambiente sea limpio y agradable. Esto contribuye a crear una imagen positiva del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, la puerta de recepción de un hospital es mucho más que un punto de entrada físico; es un elemento crucial para brindar una atención médica de calidad y una experiencia positiva para los pacientes y sus familias. Un enfoque en la amabilidad, la eficiencia, la seguridad y la tecnología puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de atención y la satisfacción de quienes buscan

atención médica en un hospital.

La importancia del celador en la puerta de un hospital radica en su papel fundamental para garantizar la seguridad, la orientación, el apoyo emocional y la eficiencia en el funcionamiento del centro médico. Su labor contribuye significativamente a la experiencia de pacientes, familiares y visitantes, así como al correcto funcionamiento del hospital en su conjunto.

6 Bibliografía

1. Gracia P. La importancia de la recepción y la sala de espera en una clínica [Internet]. Paralelo Estudio | Diseño de espacios corporativos. Paralelo Estudio; 2023 [citado el 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://paraleloestudio.com/blog/la-importancia-de-la-recepcion-y-la-sala-de-espera-en-una-clinica/>.
2. La función del celador en la puerta principal [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo”. 2021 [citado el 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://congresosicepa.com/celador-puerta-funcion/>.
3. Martín R. Funciones del CELADOR en PUERTA, en información [Internet]. Fisioterapia - Lesiones - Tratamientos - Cursos Fisioterapia. FisioStar; 2017 [citado el 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-puerta-en-informacion>.

Capítulo 597

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DE UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

GUILLERMO MORENO PÉREZ

1 Introducción

La figura del auxiliar administrativo, dentro del ámbito hospitalario y de atención primaria, es primordial para un correcto funcionamiento de cada unidad.

En la Orden de 28 de mayo de 1984 por la que se modifican determinados artículos del Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regulando la función administrativa en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, podemos encontrar reflejados distintos grupos administrativos dentro de las Instituciones Sanitarias, con distintas funciones, que tendremos presentes a la hora de nuestro trabajo dentro de una unidad específica dentro del ambiente hospitalario: a) Grupo Técnico – Realizará funciones de dirección, ejecución y estudio administrativo y económico, que le serán encomendadas por la Dirección del Centro. b) Grupo de Gestión – Apoyo al personal técnico y de ejecución, dentro de las funciones que le sean encomendadas. c) Grupo Administrativo – Funciones de trámite y colaboración, que no hallan sido asignadas a los dos grupos anteriores; técnico y de gestión. d) Grupo Auxiliar Administrativo – Sobre ellos recaen las funciones de apoyo material y desarrollo de tareas administrativas y asistenciales propias de dicha Institución. Dentro de este grupo se encuentran las Secretarías de planta y servicios, como las de preparación y tratamiento de datos para la informática.

En nuestro estudio nos vamos a enfocar en estas últimas funciones, las que corresponden a un auxiliar administrativo dentro del ámbito sanitario, y concretamente en un servicio de neumología hospitalario.

2 Objetivos

- Exponer las funciones de un auxiliar administrativo dentro de un servicio de neumología hospitalario.
- Explicar cómo mejorar la realización de dichas funciones para lograr una mejor efectividad y un mayor grado de satisfacción de los usuarios de este servicio de neumología hospitalario. Como medidas importantes, recalcaremos las recomendaciones específicas que a los pacientes de neumología le deberemos dar para la realización de una de las pruebas más laboriosas de la unidad, la Polisomnografía.
- Dar a conocer los errores o prácticas profesionales que pueden dificultar nuestra correcta labor y desempeño en nuestro trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro de un servicio de neumología hospitalario, debemos tener en cuenta por un lado las funciones de Auxiliar Administrativo que se nos requerirán por parte desde planta de hospitalización, como las funciones desde la parte de consultas de dicha unidad.

Dentro de todas ellas tendremos que tener en cuenta la correcta atención al paciente, tanto si es telefónica como si es de forma presencial, teniendo un trato cercano, empatía, respeto y amabilidad hacia ellos.

Se nos puede requerir enviar informes y citas sucesivas con dicho servicio de neumología al domicilio del paciente. Dichas citas sucesivas tras el ingreso del paciente en la planta de neumología o la visita de este a la consulta con los

facultativos de la unidad, pueden ser de distinta índole; tanto de consulta sucesiva de neumología, como de pruebas específicas de este servicio: espirometrías, poligrafías domiciliarias o hospitalarias, polisomnografías para estudiar si el paciente requiere algún tipo de tratamiento específico con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), etc.

Digitalizaremos cualquier documento en papel que nos sea requerido, para que no se pierda y pueda ser consultado posteriormente desde un ordenador centralizado.

Realizaremos informes a petición del facultativo o del centro, o a petición del paciente

Llevar el control y estadística de las actividades realizadas dentro de la unidad por cada profesional.

Se tramitarán las citas de nuevos pacientes en la unidad, ubicándolas en los huecos correspondientes en cada agenda.

Control de la asistencia o no de los pacientes a las consultas y pruebas de dicho servicio de neumología.

Fotocopias de documentos y realización de copias.

Los auxiliares administrativos también tramitarán las ambulancias solicitadas por el personal a los pacientes que lo requieran.

Gestión del material necesario para la unidad.

Registro de la documentación y expedientes de cada paciente, y gestión de su historia clínica.

Dentro de nuestra función de citación de pruebas específicas en neumología (como espirometrías, poligrafías domiciliarias u hospitalarias, polisomnografías), está el de informar al paciente de las recomendaciones adecuadas a cada prueba para una correcta realización de esta, para que no tenga que ser repetida con la consiguiente demora en un posible tratamiento necesario para el paciente, además de la información relativa a la fecha, lugar y hora de dicha cita.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado a nuestra búsqueda de información, creemos haber puesto de relevancia la importante labor del auxiliar administrativo dentro del servicio de neumología, en concreto, de un hospital. Nombrando las diversas funciones de este para el buen desempeño de su trabajo.

La correcta realización de dichas funciones del auxiliar administrativo logran, junto con todo el equipo multidisciplinar de la unidad de neumología, una mejor efectividad y grado de satisfacción de los usuarios, puesto que una buena gestión

desde la gestión de citas y pruebas, realización de informes, petición de ambulancias, y sobre todo un buen trato al paciente, informándole correctamente sobre citas, peticiones, y la importancia de las recomendaciones antes de la realización de pruebas específicas de dicho servicio (ej.: Polisomnografías), nos llevan a aumentar el grado de satisfacción del usuario con nuestro trabajo y con el equipo en conjunto, y evitaríamos con ello también la duplicidad de pruebas, costosas, por mala información del paciente.

Al dar a conocer la importancia de una buena gestión y coordinación en nuestras diversas tareas, y una buena predisposición para invertir tiempo en dar una correcta información a los pacientes para asistir a las consultas y la realización de pruebas, es invertir en la mejor calidad de asistencia a nuestros pacientes. En el caso de la polisomnografía hospitalaria, informar adecuadamente al paciente, es invertir en no perder tiempo tanto del paciente como de los profesionales y del hospital, en repetir pruebas y demorar en el tiempo un posible tratamiento del que se pueda beneficiar nuestro paciente.

6 Bibliografía

1. Revista Médica (en línea). Principales funciones del Auxiliar Administrativo en el ámbito sanitario. [Consulta: 25 de Septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-auxiliar-administrativo-ambito-sanitario/>.
2. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (en línea). Orden de 28 de mayo de 1984 por la que se modifican determinados artículos del Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regulando la función administrativa en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. [Consulta: 25 de Septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscardoc.php?id=BOE-A-1984-12108>.

Capítulo 598

TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO

MARÍA VICTORIA VÁZQUEZ RAMIRO

BARBARA FERNANDEZ BENITO

JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ

JOSEFA PULIDO LOPEZ

1 Introducción

La admisión de urgencias hospitalarias es un proceso médico-administrativo crítico que implica la recepción y evaluación de pacientes que requieren atención médica inmediata debido a enfermedades, lesiones o afecciones de gravedad. Este proceso se lleva a cabo en el servicio de urgencias de un hospital y su objetivo principal es garantizar que los pacientes reciban una evaluación médica inicial rápida y precisa para determinar la gravedad de su situación y proporcionar el tratamiento adecuado de manera oportuna.

Durante la admisión de urgencias, el personal de triaje o el personal médico evalúa a los pacientes en función de la urgencia de su condición. Se asignan cate-

gorías de prioridad, lo que ayuda a determinar el orden en que se brinda atención médica. Los pacientes con afecciones potencialmente mortales o críticas se atienden de inmediato, mientras que aquellos con afecciones menos graves pueden esperar un poco más.

El proceso de admisión también implica la recopilación de información importante sobre el paciente, incluyendo antecedentes médicos, alergias, medicamentos actuales y la descripción de los síntomas. Además, se registran los datos personales y se verifica la información del seguro médico para garantizar una atención adecuada.

La admisión de urgencias hospitalarias es el proceso mediante el cual los pacientes que requieren atención médica inmediata son evaluados, priorizados y registrados en el servicio de urgencias de un hospital. Este proceso es esencial para proporcionar atención médica oportuna y efectiva, garantizando que los pacientes reciban el tratamiento adecuado en función de la gravedad de su condición.

2 Objetivos

Mostrar el cometido del auxiliar administrativo en el servicio de admisión de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 admisión de urgencias hospitalarias es fundamental para garantizar una gestión eficiente y efectiva de

los pacientes que llegan en busca de atención médica urgente. Este rol es esencial para la coordinación y el flujo de trabajo dentro del servicio de urgencias y requiere habilidades organizativas y de comunicación excepcionales. Aquí se describen algunas de las principales responsabilidades y tareas que realiza un auxiliar administrativo en este entorno:

Registro y documentación: Los auxiliares administrativos son responsables de registrar la información básica de los pacientes que llegan al servicio de urgencias, como nombres, fechas de nacimiento y datos de contacto. Además, recopilan información sobre antecedentes médicos, alergias y medicamentos actuales. Esta documentación precisa es esencial para la toma de decisiones médicas.

Triage y categorización de pacientes: En algunos casos, los auxiliares administrativos pueden ayudar en el proceso de triaje inicial, que implica evaluar la gravedad de la condición de un paciente y asignar una prioridad en función de la urgencia de la atención necesaria. Esto ayuda a garantizar que los pacientes más críticos sean atendidos de inmediato.

Comunicación con el personal médico y de enfermería: Los auxiliares administrativos actúan como enlace entre los pacientes y el personal médico y de enfermería. Transmiten información relevante sobre el estado de los pacientes, los requisitos de admisión y cualquier cambio en el flujo de trabajo.

Verificación de información del seguro: Verificar los datos del seguro médico de los pacientes es una parte importante del proceso de admisión. Esto asegura que los pacientes estén correctamente cubiertos y que se puedan realizar los trámites de facturación de manera adecuada.

Coordinación de camas y recursos: En situaciones de alta demanda, los auxiliares administrativos pueden ayudar a coordinar la asignación de camas y recursos dentro del servicio de urgencias. Esto implica asegurarse de que las camas estén disponibles y listas para los pacientes y de que los suministros necesarios estén a mano.

Manejo de situaciones estresantes: El servicio de admisión de urgencias a menudo implica tratar con pacientes y familiares ansiosos y preocupados. Los auxiliares administrativos deben mantener la calma, mostrar empatía y proporcionar apoyo a aquellos que pueden estar experimentando situaciones de crisis.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento del servicio de admisión de urgencias hospitalarias, el auxiliar administrativo puede seguir estas recomendaciones clave:

En primer lugar, la eficiencia es esencial. El auxiliar administrativo debe priorizar la rapidez y la precisión al registrar a los pacientes y recopilar información. Mantener un flujo de trabajo ágil y sin demoras innecesarias es crucial para garantizar que los pacientes reciban atención médica oportuna.

En segundo lugar, la comunicación efectiva es fundamental. El auxiliar administrativo debe ser un facilitador de la comunicación entre los pacientes y el personal médico. Esto implica escuchar atentamente las necesidades y preocupaciones de los pacientes y transmitirlos de manera clara y precisa al equipo médico. La información completa y precisa es esencial para tomar decisiones médicas adecuadas y brindar atención de calidad en situaciones de urgencia.

6 Bibliografía

Gomez Ortega, Y. R. (2022). Gestión administrativa y calidad operativa en el departamento ginecoobstétrico de un hospital de segundo nivel, Guayaquil, Ecuador, abril-mayo 2022.

Capítulo 599

TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO HOSPITALARIO

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 quirófano hospitalario, también conocido como sala de operaciones o quirófano, es una unidad médica altamente especializada dentro de un hospital dedicada a llevar a cabo procedimientos quirúrgicos. Su objetivo principal es proporcionar un entorno controlado y estéril donde los cirujanos pueden realizar cirugías médicas para tratar una amplia variedad de afecciones médicas y quirúrgicas.

Estos espacios están diseñados cuidadosamente para garantizar la seguridad del paciente y el éxito de las intervenciones quirúrgicas. Esto incluye la implementación de estrictas medidas de control de infecciones y esterilización, así como la disponibilidad de equipos médicos avanzados y tecnología de imagenología para ayudar en el procedimiento quirúrgico.

El personal que trabaja en el servicio de quirófano incluye cirujanos, anestesiólogos, enfermeros de quirófano, técnicos quirúrgicos y personal de apoyo. Cada uno desempeña un papel crucial en el proceso quirúrgico, desde la preparación del paciente y la administración de anestesia hasta la asistencia durante la cirugía y el cuidado posoperatorio.

El servicio de quirófano hospitalario cubre una amplia gama de procedimientos, desde cirugías menores como la extirpación de apéndices hasta cirugías mayores como reemplazos de articulaciones o cirugías cardíacas. Su enfoque es mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes mediante procedimientos quirúrgicos seguros y efectivos.

El servicio de quirófano hospitalario es una unidad especializada en la realización de procedimientos quirúrgicos con el objetivo de diagnosticar, tratar y mejorar la salud de los pacientes. Su enfoque en la esterilidad, seguridad y precisión es esencial para el éxito de las cirugías y el bienestar de los pacientes.

2 Objetivos

Mostrar el cometido del auxiliar administrativo en el servicio de quirófano hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 quirófano hospitalario es crucial para asegurar un funcionamiento eficiente y coordinado de las actividades administrativas que respaldan las intervenciones quirúrgicas. A pesar de que gran parte de la atención se centra en el aspecto médico de las cirugías, el

auxiliar administrativo juega un papel vital en el trasfondo de estos procedimientos. Aquí se detallan algunas de las principales responsabilidades y tareas de un auxiliar administrativo en este entorno:

Preparación de la documentación: Antes de cada cirugía, el auxiliar administrativo se encarga de preparar la documentación necesaria, que incluye registros médicos del paciente, consentimientos informados, órdenes médicas y registros de esterilización. Esta documentación debe estar completa y organizada para garantizar que todo esté listo antes del inicio de la cirugía.

Coordinación de horarios: El auxiliar administrativo juega un papel crucial en la programación de cirugías, asegurándose de que los horarios de los pacientes y los cirujanos se ajusten adecuadamente. Esto requiere una comunicación efectiva para evitar solapamientos y retrasos en el quirófano.

Manejo de registros médicos: Mantener los registros médicos actualizados y completos es esencial. El auxiliar administrativo debe asegurarse de que los registros de los pacientes estén debidamente archivados y sean accesibles para el personal médico cuando sea necesario.

Comunicación con el personal médico: Facilitar la comunicación entre el equipo quirúrgico y el paciente es fundamental. El auxiliar administrativo puede ayudar a explicar el proceso de registro, responder preguntas y proporcionar información relevante para que el paciente se sienta seguro antes de la cirugía.

Gestión de suministros y equipo: Coordinar la disponibilidad de suministros médicos y equipos quirúrgicos es parte de la responsabilidad administrativa. Esto implica garantizar que todo el equipo necesario esté en su lugar antes de la cirugía y que se sigan los protocolos de esterilización.

Seguridad y cumplimiento normativo: Asegurarse de que se cumplan las normativas de seguridad y esterilización es esencial. El auxiliar administrativo debe estar al tanto de las regulaciones vigentes y garantizar que se sigan los procedimientos adecuados para mantener la seguridad del paciente y del personal.

El auxiliar administrativo en el servicio de quirófano hospitalario desempeña un papel vital en la preparación, coordinación y organización de las cirugías. Su trabajo contribuye significativamente a la seguridad y la eficiencia de estos procedimientos médicos críticos, lo que resulta en una atención de alta calidad para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para un desempeño eficiente en el área de quirófano hospitalario, el auxiliar administrativo puede seguir estas recomendaciones clave:

En primer lugar, la organización meticulosa es esencial. Mantener una documentación precisa y bien organizada, junto con una gestión eficiente de registros médicos y consentimientos informados, es crucial para evitar retrasos y garantizar que todo esté listo para cada cirugía. Esto reduce la posibilidad de errores y contribuye a la seguridad del paciente.

En segundo lugar, la comunicación efectiva es fundamental. El auxiliar administrativo debe mantener una comunicación clara y precisa con el personal médico, quirúrgico y de enfermería. Esto implica estar disponible para responder preguntas, facilitar la coordinación de horarios y brindar información importante a los pacientes antes de la cirugía. Una comunicación fluida y precisa es esencial para el éxito de las intervenciones quirúrgicas y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

Gomez Ortega, Y. R. (2022). Gestión administrativa y calidad operativa en el departamento ginecoobstétrico de un hospital de segundo nivel, Guayaquil, Ecuador, abril-mayo 2022.

Capítulo 600

TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS CRUZADAS

MARÍA VICTORIA VÁZQUEZ RAMIRO

BARBARA FERNANDEZ BENITO

JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ

JOSEFA PULIDO LOPEZ

JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO

1 Introducción

Las pruebas cruzadas, también conocidas como pruebas de compatibilidad o pruebas de tipo sanguíneo cruzado, son procedimientos de laboratorio realizados en el campo de la medicina transfusional y la bancaria de sangre para evaluar la compatibilidad entre la sangre de un donante y la de un receptor antes de una transfusión de sangre o un trasplante de órganos. El objetivo principal de las pruebas cruzadas es prevenir las reacciones adversas graves y potencialmente mortales que pueden ocurrir cuando la sangre de un donante y la del receptor no son compatibles.

El proceso de pruebas cruzadas involucra la mezcla de una pequeña cantidad de sangre del donante con la del receptor y viceversa. Estas muestras se evalúan para detectar la presencia de anticuerpos irregulares o incompatibilidades que podrían causar una respuesta inmunitaria adversa. Además de evaluar la compatibilidad sanguínea, las pruebas cruzadas también verifican la correspondencia de datos del paciente, incluyendo el nombre, la fecha de nacimiento y el número de identificación.

Las pruebas cruzadas son fundamentales en situaciones de transfusión de sangre y trasplantes de órganos, ya que ayudan a garantizar que el receptor reciba un producto sanguíneo o un órgano que sea seguro y compatible. Si se detectan incompatibilidades, se evita la transfusión o el trasplante, lo que previene reacciones graves como hemólisis (destrucción de glóbulos rojos), shock, insuficiencia renal aguda y otros efectos adversos potencialmente mortales.

Las pruebas cruzadas son procedimientos de laboratorio esenciales que evalúan la compatibilidad entre la sangre del donante y del receptor antes de transfusiones sanguíneas o trasplantes de órganos, con el fin de prevenir reacciones adversas graves y garantizar la seguridad del paciente. Estas pruebas son una parte crítica de la medicina transfusional y la atención médica avanzada.

2 Objetivos

Mostrar el cometido del auxiliar administrativo en la realización de pruebas cruzadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 contexto de las pruebas cruzadas del paciente desempeña un papel esencial para garantizar la seguridad y la eficiencia en el proceso de transfusión sanguínea. Aquí se describen algunas de las funciones clave que realiza en este contexto:

Verificación de datos del paciente: El auxiliar administrativo se encarga de verificar minuciosamente la identidad del paciente, incluyendo su nombre, fecha de nacimiento y número de identificación. Esta verificación precisa es esencial para evitar errores y asegurarse de que la sangre o los componentes sanguíneos sean administrados al paciente correcto.

Etiquetado de muestras de sangre: Durante el proceso de pruebas cruzadas, el auxiliar administrativo etiqueta adecuadamente las muestras de sangre del paciente y las del donante. Cada muestra debe llevar una etiqueta clara y precisa que identifique al paciente y al donante, y que indique claramente cuál es cuál. Esto es fundamental para evitar confusiones y garantizar la trazabilidad.

Registro y documentación: El auxiliar administrativo se encarga de registrar la información relevante en el sistema de información médica. Esto incluye datos sobre las pruebas cruzadas realizadas, los resultados obtenidos y cualquier observación importante. Una documentación precisa y completa es esencial para mantener registros médicos exactos.

Comunicación con el laboratorio: El auxiliar administrativo actúa como intermediario entre el laboratorio y el personal médico, transmitiendo información sobre las pruebas cruzadas y los resultados obtenidos. Esto asegura que el equipo médico esté informado sobre la compatibilidad sanguínea y pueda tomar decisiones informadas sobre la transfusión.

Gestión de inventario y suministros: Mantener un inventario adecuado de reactivos y suministros necesarios para las pruebas cruzadas es una responsabilidad importante del auxiliar administrativo. Esto garantiza que el laboratorio esté bien equipado y que las pruebas se realicen sin interrupciones.

Cumplimiento de normativas: Asegurarse de que se cumplan las normativas y los protocolos de seguridad es esencial. El auxiliar administrativo debe estar al tanto de las regulaciones y garantizar que se sigan los procedimientos adecuados para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de las pruebas cruzadas.

El auxiliar administrativo en el contexto de las pruebas cruzadas del paciente desempeña un papel crítico en la verificación de datos, etiquetado de muestras, registro, comunicación, gestión de suministros y el cumplimiento de normativas. Su trabajo contribuye a la seguridad y la precisión en el proceso de transfusión sanguínea, garantizando que los pacientes reciban el tipo de sangre correcto y minimizando los riesgos asociados con las incompatibilidades.

5 Discusión-Conclusión

Para una gestión eficiente de las pruebas cruzadas, el auxiliar administrativo puede seguir estas recomendaciones clave:

En primer lugar, es esencial mantener una atención meticulosa a los detalles. Cada paso, desde la verificación de datos del paciente hasta el etiquetado de las muestras y el registro de información, debe llevarse a cabo con precisión y minuciosidad. Un pequeño error en este proceso podría tener consecuencias graves para la seguridad del paciente.

En segundo lugar, la comunicación efectiva es fundamental. El auxiliar administrativo debe mantener una comunicación clara y constante con el personal médico y de laboratorio. Cualquier información relevante, como cambios en los resultados de las pruebas cruzadas, debe ser comunicada de inmediato para garantizar que el equipo médico tome decisiones informadas. Una comunicación fluida y precisa es esencial para la seguridad del paciente durante las transfusiones sanguíneas.

6 Bibliografía

GOMEZ ORTEGA, Yuri Roxana. Gestión administrativa y calidad operativa en el departamento ginecoobstétrico de un hospital de segundo nivel, Guayaquil, Ecuador, abril–mayo 2022. 2022.

Capítulo 601

MECANISMOS PARA LA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS PARA LOS HIGIENISTAS BUCODENTALES

CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO

CECILIA QUÍLEZ PARREÑO

JULIA MARTÍNEZ FELIPE

CANDELA DÍAZ TARRAGA

1 Introducción

La eliminación de residuos en el ámbito de la sanidad se refiere al proceso de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos generados en instalaciones de atención médica, hospitales, clínicas, consultorios dentales y otros entornos relacionados con la salud. La gestión adecuada de estos residuos es esencial para prevenir la propagación de infecciones, proteger la salud pública y el medio ambiente.

Los residuos en sanidad pueden clasificarse en varias categorías, incluyendo:

- Residuos infecciosos: Estos son materiales que pueden contener patógenos infecciosos, como guantes, agujas, gasas contaminadas y tejidos biológicos. Requieren un manejo especializado y deben ser esterilizados o desinfectados antes de su eliminación.

- Residuos biopeligrosos: Similar a los residuos infecciosos, pero esta categoría incluye sustancias químicas peligrosas y otros materiales que pueden representar un riesgo biológico o químico para la salud humana y el medio ambiente.
- Residuos químicos: Productos químicos utilizados en procedimientos médicos, laboratorios o diagnóstico, como reactivos, productos farmacéuticos vencidos y productos químicos de limpieza. Deben ser tratados y eliminados de manera segura para evitar la contaminación ambiental.
- Residuos generales: Residuos no peligrosos que incluyen papel, cartón, envases vacíos y otros materiales no contaminados. Estos residuos se pueden eliminar de manera similar a los residuos domésticos, pero aún así deben gestionarse adecuadamente.

2 Objetivos

- Describir algunos de los mecanismos y consideraciones más importantes para la eliminación de residuos por parte de los higienistas bucodentales

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de 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 higienistas bucodentales desempeñan un papel fundamental en la promoción de la salud oral y la prevención de enfermedades bucodentales. Parte de su responsabilidad incluye la gestión adecuada de los residuos generados en su práctica clínica. Aquí se describen algunos de los mecanismos y consideraciones para la eliminación de residuos por parte de los higienistas bucodentales:

- Clasificación de residuos: Los residuos generados en una práctica bucodental se pueden clasificar en diferentes categorías, como residuos infecciosos, residuos biopeligrosos, residuos químicos, residuos generales y otros. Es importante que

los higienistas bucodentales identifiquen y separen adecuadamente los residuos según estas categorías.

- Recipientes de recolección de residuos: Se deben utilizar recipientes de recolección de residuos adecuados y etiquetados correctamente para cada categoría de residuos. Los contenedores deben ser resistentes, herméticamente cerrados y estar diseñados para evitar fugas o derrames.
- Manejo seguro de residuos biopeligrosos: Los residuos biopeligrosos, como los guantes y las agujas utilizadas en procedimientos dentales, deben manejarse con especial cuidado. Se deben utilizar recipientes de agujas seguros y adherirse a las prácticas de eliminación segura para prevenir accidentes y la transmisión de enfermedades.
- Seguimiento de regulaciones locales: Los higienistas bucodentales deben estar al tanto de las regulaciones locales y nacionales relacionadas con la gestión de residuos en instalaciones de atención médica. Estas regulaciones pueden variar según la ubicación y pueden incluir pautas específicas para la eliminación de residuos médicos.
- Formación y capacitación: Los higienistas bucodentales deben recibir formación y capacitación sobre la eliminación segura de residuos, incluida la identificación de categorías de residuos y el manejo adecuado de cada una. Esto ayuda a prevenir riesgos para la salud y garantiza el cumplimiento de las regulaciones.
- Contratación de servicios de eliminación de residuos: En muchos casos, las prácticas dentales pueden contratar servicios de eliminación de residuos especializados que se encargan de recoger, transportar y eliminar los residuos de manera segura y cumpliendo con las normativas aplicables.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la eliminación adecuada de residuos es una parte fundamental de la práctica de los higienistas bucodentales. Estos profesionales deben seguir protocolos y procedimientos específicos para garantizar que los residuos generados en su consulta se gestionen de manera segura y eficiente. La gestión adecuada de residuos en el campo de la odontología es esencial para mantener un ambiente de trabajo seguro, proteger la salud pública y cumplir con las regulaciones aplicables. Los higienistas bucodentales desempeñan un papel importante en este proceso al garantizar que los residuos se manejen de manera responsable y se

eliminen de forma segura, contribuyendo así a la atención dental de alta calidad y a la protección del medio ambiente.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed y Scielo

Capítulo 602

EL HIGIENISTA DENTAL Y LAS FUNCIONES DURANTE LA CIRUGÍA DE IMPLANTES EN HOSPITALES

CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO

CECILIA QUÍLEZ PARREÑO

JULIA MARTÍNEZ FELIPE

CANDELA DÍAZ TARRAGA

1 Introducción

La cirugía de implantes dentales es un procedimiento común que se realiza en entornos tanto hospitalarios como en consultorios dentales, dependiendo de varios factores, incluyendo la complejidad del caso y las necesidades del paciente. Aquí se describen algunos aspectos relacionados con la cirugía de implantes en hospitales:

- Casos de mayor complejidad: En algunos casos, la cirugía de implantes dentales puede ser más compleja debido a la condición de salud del paciente o a la necesidad de procedimientos adicionales, como cirugía de injerto óseo. En tales situaciones, es posible que el cirujano dental prefiera realizar la cirugía en un entorno hospitalario, donde cuenten con acceso a recursos médicos adicionales y personal de apoyo.

- Pacientes con condiciones médicas especiales: Los pacientes que tienen condiciones médicas subyacentes o que requieren una atención médica más intensiva pueden ser remitidos para la cirugía de implantes en un hospital. Esto permite una atención más completa y segura, con la posibilidad de consulta con otros especialistas médicos si es necesario.
- Sedación y anestesia: En algunos casos, se puede requerir sedación intravenosa profunda o anestesia general para la cirugía de implantes dentales, especialmente si el paciente tiene ansiedad extrema o complicaciones médicas. Estos procedimientos anestésicos a menudo se realizan en el entorno hospitalario, donde hay un equipo médico completo disponible.

2 Objetivos

- Describir algunas de las funciones que un higienista dental podría llevar a cabo durante la cirugía de implantes en un 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El higienista dental puede desempeñar un papel importante en el proceso de la cirugía de implantes en hospitales, aunque su participación puede variar según la práctica y las necesidades específicas del paciente. A continuación, se describen algunas de las funciones que un higienista dental podría llevar a cabo durante la cirugía de implantes en un entorno hospitalario:

- Preparación del paciente: Antes de la cirugía, el higienista dental puede ayudar en la preparación del paciente. Esto puede incluir la revisión de la historia médica y dental del paciente, la toma de radiografías y la explicación de los procedimientos que se llevarán a cabo.

- Asistencia en la esterilización: El higienista dental puede desempeñar un papel fundamental en la preparación y esterilización de los instrumentos y equipos necesarios para la cirugía. Asegurarse de que todos los elementos estén debidamente esterilizados es crucial para prevenir infecciones.
- Apoyo al cirujano dental: Durante la cirugía, el higienista dental puede asistir al cirujano dental proporcionando instrumentos y equipos según sea necesario. Esto puede incluir aspiración, irrigación y suministro de instrumentos específicos.
- Mantenimiento de la asepsia: El higienista dental debe mantener un estricto control de la asepsia en el entorno quirúrgico. Esto incluye asegurarse de que todo el equipo esté esterilizado, mantener un campo estéril alrededor del área de la cirugía y garantizar que se sigan las prácticas de higiene adecuadas.
- Registro de procedimientos: Llevar un registro detallado de los procedimientos realizados durante la cirugía de implantes es esencial para el historial médico del paciente. El higienista dental puede ser responsable de documentar la cirugía, incluyendo la ubicación de los implantes, el tipo de implantes utilizados y cualquier complicación que pueda surgir.

Cuidado postoperatorio: Después de la cirugía, el higienista dental puede brindar instrucciones al paciente sobre el cuidado postoperatorio y la higiene oral adecuada para mantener los implantes y tejidos circundantes saludables durante el proceso de cicatrización.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del higienista dental durante la cirugía de implantes en hospitales es fundamental para garantizar un entorno quirúrgico seguro, estéril y eficiente. La colaboración efectiva entre el higienista dental y el cirujano dental, así como el cumplimiento de las normativas y regulaciones de la institución hospitalaria, son esenciales para proporcionar una atención segura y de alta calidad a los pacientes que se someten a cirugía de implantes en hospitales. El higienista dental desempeña un papel clave en la seguridad y el éxito de estos procedimientos, contribuyendo al bienestar de los pacientes y la eficiencia del equipo quirúrgico.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed y Scielo

Capítulo 603

CEFALOMETRÍA HECHA POR UN HIGIENISTA DENTAL

JULIA MARTÍNEZ FELIPE

CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO

CECILIA QUÍLEZ PARREÑO

CANDELA DÍAZ TARRAGA

1 Introducción

La cefalometría es una técnica radiográfica y de análisis utilizada en odontología y ortodoncia para medir y evaluar las estructuras óseas y dentales del cráneo y la cara. Esta técnica se basa en la toma de radiografías especiales llamadas radiografías cefalométricas o cefalogramas, que muestran una vista lateral de la cabeza y el perfil facial del paciente. La cefalometría proporciona información valiosa que los ortodoncistas y otros profesionales de la salud dental utilizan para diagnosticar y planificar tratamientos ortodónticos y ortognáticos, así como para evaluar el crecimiento facial y el desarrollo dental.

Algunos de los puntos clave de la cefalometría incluyen:

- Mediciones críticas: La cefalometría implica la medición de diversas estructuras y relaciones en la cabeza y la cara, como el tamaño y posición de los dientes, la mandíbula, el maxilar, la posición de la lengua, entre otros.
- Diagnóstico ortodóntico: Los ortodoncistas utilizan los datos cefalométricos

para evaluar la maloclusión (mala alineación dental), identificar problemas de desarrollo facial y dental, y planificar un tratamiento ortodóntico adecuado.

- Planificación de cirugía ortognática: En casos más complejos, donde se requiere cirugía para corregir problemas esqueléticos en la mandíbula o el maxilar, la cefalometría es esencial para planificar la cirugía ortognática. La cefalometría se utiliza para evaluar el crecimiento facial de los pacientes jóvenes y determinar si es necesario intervenir para corregir problemas en el desarrollo de las estructuras faciales.

2 Objetivos

-Explicar la importancia del higienista dental en la radiografía dental y ayudar en la preparación del paciente para el 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: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La cefalometría es una técnica radiográfica y de análisis que generalmente es llevada a cabo por profesionales de la ortodoncia o la radiología dental con experiencia y formación específica en esta área. Los higienistas dentales, aunque desempeñan un papel fundamental en la atención odontológica, por lo general no realizan directamente cefalometrías, ya que este proceso requiere una formación especializada y conocimientos específicos en la interpretación de las imágenes cefalométricas.

La cefalometría implica la toma de radiografías cefalométricas, que son imágenes de rayos X especiales de la cabeza y el perfil facial del paciente. Estas radiografías se utilizan para medir y evaluar estructuras óseas y dentales, y para planificar tratamientos ortodónticos u ortognáticos.

Normalmente, un ortodoncista o un radiólogo dental capacitado tomará las radiografías cefalométricas y realizará las mediciones y análisis correspondientes para evaluar la maloclusión, planificar el tratamiento y realizar un diagnóstico preciso. El higienista dental puede desempeñar un papel importante en la educación de los pacientes sobre la importancia de la radiografía dental y ayudar en la preparación del paciente para el procedimiento, pero la interpretación y el análisis de las imágenes cefalométricas suelen ser responsabilidad de profesionales con una formación más especializada.

Es importante que cualquier procedimiento radiográfico se realice de acuerdo con las normativas de seguridad y las regulaciones locales, y que se realice por personal debidamente capacitado y autorizado.

La cefalometría es una herramienta valiosa que ayuda a los ortodoncistas y otros especialistas en odontología a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y a comunicarse eficazmente con los pacientes sobre su diagnóstico y plan de atención. Por lo tanto, desempeña un papel esencial en el campo de la ortodoncia y la odontología en general. Después del tratamiento, la cefalometría se utiliza para evaluar y comparar los resultados obtenidos con los objetivos de tratamiento planificados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la cefalometría es una técnica radiográfica y de análisis que se lleva a cabo por profesionales especializados en ortodoncia, radiología dental o cirugía maxilofacial con la formación y experiencia adecuadas. Es fundamental que cualquier procedimiento radiográfico se realice con precisión y siguiendo las regulaciones y pautas de seguridad adecuadas para garantizar resultados precisos y la seguridad del paciente. Los higienistas dentales, como parte del equipo de atención dental, desempeñan un papel valioso al educar a los pacientes sobre la importancia de las radiografías dentales y ayudar en la preparación de los pacientes para estos procedimientos. Los datos cefalométricos permiten a los profesionales de la ortodoncia y cirugía maxilofacial personalizar el tratamiento para cada paciente, adaptándolo a sus necesidades específicas.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed y Scielo

Capítulo 604

EL PINCHE DE COCINA Y EL EQUIPAMIENTO DE LA COCINA HOSPITALARIA: LAS HERRAMIENTAS Y LOS UTENSILIOS DE COCINA

JESÚS JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA

DARA LÓPEZ ÁLVAREZ

VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ

JOSEFA LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-
MIGALLÓN

1 Introducción

Las cocinas de los centros hospitalarios deben estar bien diseñadas y perfectamente equipadas para atender todas las necesidades demandadas por el hospital. El importante número de menús que se deben elaborar diariamente en la cocina hospitalaria, los altos estándares de calidad a cumplir y las garantías sanitarias exigidas requieren prestar especial atención al equipamiento de la cocina hospitalaria.

La función del equipamiento de la cocina hospitalaria es hacer que su funcionamiento sea más eficiente y se puede dividir en dos grupos: la maquinaria, como generadores de calor, generadores de frío y pequeña maquinaria, y las herramientas y utensilios, que son aquellos elementos pequeños o medianos, de uso

manual, utilizados para medir, cortar o manipular los alimentos y que hacen más fácil la realización de elaboraciones en la cocina.

La principal diferencia entre máquinas y herramientas y utensilios de cocina radica en que máquinas necesitan de mecanismos para poder ser utilizadas, mientras que herramientas y utensilios solo necesitan de la práctica y las habilidades del profesional que los usa.

Actualmente se puede observar cómo la tecnología ha incidido con fuerza en la cocina hospitalaria desarrollando máquinas que facilitan mucho la labor del personal que desempeña su labor en estas cocinas y mediante la aplicación de nuevos materiales de fabricación de herramientas y útiles que han aumentado su durabilidad y su calidad higiénico-sanitaria.

Herramientas y utensilios servirán al pinche de cocina para que le resulte más fácil, rápida y eficaz la preparación y la manipulación de los alimentos permitiendo, además, acelerar y agilizar las técnicas de elaboración de los alimentos, como asar, freír, hervir o cocer.

El pinche de cocina en el ámbito hospitalario debe estar familiarizado con el uso de las herramientas y los utensilios de cocina con los que trabaja, los requisitos que deben cumplir con respecto a los materiales de fabricación y las normas de limpieza e higiene, ya que debe extremar las precauciones en su uso y mantenimiento para minimizar los riesgos de accidentes o de contaminación.

2 Objetivos

- Analizar la importancia que tienen herramientas y útiles para el funcionamiento eficiente de la cocina hospitalaria, enumerando los más comunes y describiendo sus funciones.
- Resaltar la relevancia que tiene el conocimiento de su variedad, sus principales características y el uso adecuado de las herramientas y utensilios para el pinche de 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:” herramientas y utensilios de cocina”, “equipamientos de cocina hospitalaria” y “pinche y herramientas y utensilios”.

4 Resultados

Las herramientas de cocina están conformadas fundamentalmente por la batería de cocina, que consiste en una serie de recipientes contenedores de los alimentos para su elaboración culinaria. Las baterías pueden estar fabricadas con diferentes tipos de materiales que no deben ser tóxicos, no deben traspasar a los alimentos su color, olor o sabor, deben ser duraderas y resistentes, y de fácil calentamiento y limpieza. En muchas ocasiones están recubiertas en su interior por un material antiadherente y, también, pueden tener fondos termodifusores para aprovechar y distribuir mejor el calor. Las baterías de las cocinas hospitalarias suelen ser de acero inoxidable al ser este un material resistente y de limpieza y mantenimiento sencillo.

Las baterías de cocina están formadas por una cantidad variable de elementos. Cada una de estas piezas tiene un uso específico, por lo que es necesario que sean utilizadas adecuadamente, con ello se evita desperfectos tanto en la propia pieza de la batería, como en los alimentos que se elaboran ella. Las piezas más utilizadas de la batería de cocina en la cocina hospitalaria son las siguientes:

- Cazo: Recipiente con un mango, utilizado para cocinar o calentar pequeñas cantidades de elaboraciones.
- Marmita: Olla, generalmente de gran tamaño, con dos asas, utilizadas para elaborar gran cantidad de comida que necesitan una cocción larga, como sopas, pastas, etc.
- Rondón: Olla ancha que permite una fácil manipulación y una rápida evaporación de los líquidos que contiene.
- Sartén: Pieza plana, provista de mango y en muchas ocasiones recubierta de material antiadherente, usada para freír, rehogar, saltear, etc.
- Rustidera: Es de forma rectangular y plana, con asas fijas o móviles, y usada para elaborar alimentos en el horno, o en el baño María.
- Baño María: Pieza similar al cazo, pero más alto, usado para mantener calientes los platos líquidos o las salsas.
- Olla a presión: Pieza con tapadera que se puede cerrar herméticamente, provisto de válvulas de presión y de seguridad, que se usa para cocciones rápidas.
- Escurreidor: Pieza esférica con base alta o patas, con agujeros en toda su superficie que se usa para escurrir el líquido de los alimentos como verduras o pastas.

En cuanto a los utensilios o útiles de cocina, es una parte del equipamiento, imprescindible y básico que se usa en la preparación y la elaboración de los menús. Cada uno cumple su propia una función y son muy variados, entre los más comunes están:

- Cuchillos: Son útiles de corte y existe una gran variedad cada uno para un uso específico: como los cebolleros, para usar con pescado, carne o verdura; la puntilla, de pequeño tamaño y usada para pelar o tornear o limpiar verduras; el cuchillo de golpe, para cortar carnes con huesos; cuchillo de sierra, para el pan o los bizcochos; el media luna, para su uso con pescados; el deshuesador o el jamonero.
- Tijeras: Tienen dos hojas y con ellas se pueden cortar muchos alimentos.
- Pelador: Es un elemento utilizado para pelar hortalizas y frutas con facilidad.
- Espátulas: Hay gran variedad de ellas y se usan extender cremas, dar vueltas, sacar alimentos de las planchas o rebañar, dependiendo de su variedad.
- Varilla: Empleadas para batir.
- Espumadera: Elemento de forma redonda con agujeros, se emplea para sacar los alimentos de líquido hirviendo.
- Cuchara o pala: Útil plano y rígido que se utiliza para remover los alimentos mientras son elaborados.
- Cacillo: Usados para servir caldos y cremas.
- Rallador manual: Útil para rallar queso, pan, etc.
- Colador: Para escurrir o colar alimentos.
- Guante de acero: En forma de red, se usa en la mano contraria a la que maneja el cuchillo y sirve para prevenir el riesgo de corte.
- Además, podemos encontrar colador chino, pasapurés, arañas, descorazonador, rizador de mantequilla, etc.

5 Discusión-Conclusión

Existe una casi innumerable variedad de herramientas y utensilios que pueden ser utilizados en una cocina colectiva, estos se deben adaptar a las condiciones estructurales de la propia cocina, al número de personas que debe atender, el tipo de menú que se elaboran en ella, pero también a las preferencias particulares del personal de cocina que las utiliza. La cocina hospitalaria, como cocina colectiva, no escapa a estos requisitos, añadiéndose, además, ciertas particularidades: menús individualizados, dietas muy específicas, cambios en las dietas terapéuticas, todos los menús deben estar listos a la misma hora, etc. Esto hace que la cocina hospitalaria tenga que ser especialmente eficiente y para conseguir este objetivo, el personal de cocina y entre ellos el pinche de cocina debe conocer y

estar familiarizado con el uso y las características de las herramientas y utensilios de cocina.

Una de las principales funciones del pinche de cocina es el mantenimiento y la limpieza de herramientas y utensilios. Es fundamental que estos se conserven en perfecto estado, utilizar este equipamiento en malas condiciones higiénicas o estropeados puede suponer un riesgo para la salud de los pacientes destinatarios de la cocina hospitalaria.

Además, uno de los principales riesgos laborales asociados al pinche de cocina está relacionado con el mantenimiento de las herramientas de cocina: que estas estén limpias, ordenadas, las hojas de los útiles de corte bien afiladas, mangos en perfecto estado, utilizar los guantes de malla y conocer el útil a utilizar en cada momento es fundamental para minimizar estos riesgos.

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 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/documents/153065/3949551/Pinche+TEMA+2.pdf/cebc55b9-a7f5-8545-7aea-b133db98f1fd?t=1670248837206>
2. Ocronos R. Clasificación del menaje y útiles de cocina más usados por los Ayudantes de Servicios en cocina hospitalaria [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/clasificacion-menaje-cocina-hospitalaria/amp/>
3. Others. maría angustias morante Fernández tema. dokumen.tips [Internet]. 2022 [citado el 20 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://dokumen.tips/documents/mara-angustias-morante-fernandez-tema.html>
4. Ocronos R. Riesgos laborales en una cocina hospitalaria [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/riesgos-laborales-cocina-hospitalaria/amp/>

Capítulo 605

EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE LABORATORIO HOSPITALARIO

ANTONIA RAMIRO GUERRERO

RAUL MARTIN BONILLA

FERNANDO LOPEZ GARCIA

FERMÍN LÓPEZ GREGORIO

JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ

1 Introducción

Un laboratorio hospitalario es una instalación médica especializada y altamente equipada dedicada a realizar una amplia gama de pruebas y análisis clínicos en muestras biológicas, como sangre, orina, tejido y otros fluidos corporales, con el objetivo de diagnosticar enfermedades, evaluar la salud de los pacientes y monitorear la efectividad de tratamientos médicos. Estos laboratorios son esenciales en la atención médica moderna y desempeñan un papel crucial en el proceso de toma de decisiones clínicas.

Los laboratorios hospitalarios están equipados con instrumentos de vanguardia y personal altamente capacitado, como técnicos de laboratorio y patólogos clínicos, que realizan una variedad de pruebas, que incluyen análisis de sangre, pruebas de química clínica, hematología, microbiología, inmunología, genética y más.

Estos análisis proporcionan información fundamental para el diagnóstico de enfermedades infecciosas, trastornos hematológicos, enfermedades metabólicas, cáncer y muchas otras condiciones médicas.

Además del diagnóstico, los laboratorios hospitalarios también participan en la investigación médica, el desarrollo de nuevas pruebas diagnósticas y la formación de profesionales de la salud. La precisión y la confiabilidad de los resultados de laboratorio son esenciales para garantizar un tratamiento médico adecuado y una atención de calidad para los pacientes.

Un laboratorio hospitalario es un componente crítico de cualquier institución de atención médica y juega un papel fundamental en el diagnóstico y manejo de enfermedades. Proporciona información valiosa para los médicos, contribuye a la investigación médica y garantiza la calidad de la atención médica que se brinda a los pacientes.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que lleva a cabo el celador en el área de laboratorio hospitalario.

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 celador en el área de laboratorio hospitalario es esencial para garantizar un funcionamiento eficiente y seguro de esta unidad crítica en el hospital. A pesar de que el laboratorio puede parecer un lugar donde se realizan pruebas y análisis, los celadores desempeñan un papel fundamental en varios aspectos:

- Transporte de muestras: Los celadores son responsables de recoger y transportar las muestras biológicas, como tubos de sangre y muestras de orina, desde las

áreas de atención del paciente hasta el laboratorio. Esto asegura que las muestras lleguen de manera oportuna y en condiciones adecuadas para su procesamiento.

- Distribución de resultados: Después de que se completan las pruebas, los celadores pueden ser los encargados de entregar los resultados a los departamentos médicos correspondientes. La precisión y la puntualidad en esta tarea son esenciales para el proceso de toma de decisiones clínicas.
- Mantenimiento del orden y limpieza: Contribuyen a mantener la limpieza y el orden en el área de laboratorio, lo que es crucial para garantizar la esterilidad y la seguridad en la manipulación de muestras y reactivos.
- Apoyo al personal de laboratorio: Colaboran con el personal técnico y científico en diversas tareas, como la preparación de equipos y la disposición de suministros. Esta asistencia permite que el personal del laboratorio se enfoque en realizar las pruebas y análisis con precisión.
- Coordinación logística: Los celadores pueden ayudar a coordinar la logística del laboratorio, como la recepción y el almacenamiento de suministros, lo que asegura un flujo de trabajo sin interrupciones.
- Confidencialidad y seguridad: Mantienen la confidencialidad de las muestras y resultados del paciente y siguen protocolos estrictos de seguridad para evitar la contaminación cruzada y proteger la integridad de las muestras.

Los celadores en el área de laboratorio hospitalario juegan un papel vital en la cadena de atención médica, garantizando que las muestras se manejen de manera adecuada, se entreguen resultados de manera puntual y que el laboratorio funcione de manera eficiente y segura. Su contribución es esencial para apoyar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes y para mantener altos estándares de calidad en el cuidado de la salud.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento del área de laboratorio hospitalario, como celador, es crucial mantener un enfoque en la organización y la eficiencia. Primero, es esencial asegurarse de que las muestras se recojan y transporten de manera puntual y precisa, siguiendo los protocolos establecidos para preservar la integridad de los resultados.

Mantener un ambiente limpio y ordenado en el laboratorio para garantizar la

seguridad y la esterilidad es fundamental.

Colaborar de manera cercana y efectiva con el personal del laboratorio, apoyándolos en sus tareas cuando sea necesario y respetar la confidencialidad de las muestras y resultados en todo momento es necesario para un correcto funcionamiento de la unidad.

La contribución del celador al flujo de trabajo y la organización general del laboratorio es esencial para proporcionar resultados precisos y oportunos, lo que beneficia directamente a la atención y el diagnóstico de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 606

EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE ALMACÉN HOSPITALARIO

ANTONIA RAMIRO GUERRERO

RAUL MARTIN BONILLA

FERNANDO LOPEZ GARCIA

FERMÍN LÓPEZ GREGORIO

JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ

1 Introducción

El área de almacén hospitalario es una parte esencial de cualquier institución de atención médica, diseñada para el almacenamiento, la gestión y la distribución eficiente de suministros médicos, equipos, dispositivos y productos farmacéuticos necesarios para el funcionamiento diario del hospital y la atención a los pacientes.

En este espacio, se almacenan una amplia variedad de elementos, como medicamentos, apósitos, instrumentos médicos, material de laboratorio, ropa quirúrgica, dispositivos médicos, suministros de enfermería y mucho más. Estos recursos deben mantenerse en condiciones óptimas de almacenamiento, siguiendo regulaciones estrictas para garantizar su calidad y seguridad.

El personal encargado del área de almacén hospitalario desempeña un papel crucial en la gestión de inventarios, la recepción y el control de calidad de los suministros, así como en la distribución oportuna de los mismos a las diferentes unidades de atención del hospital. Además, se encargan de llevar registros precisos y mantener un flujo de trabajo eficiente para evitar escasez o desperdicio de recursos.

El área de almacén hospitalario es un componente vital de cualquier hospital, ya que garantiza el acceso a suministros y equipos médicos necesarios para brindar atención médica de calidad a los pacientes. Su gestión adecuada contribuye significativamente a la eficiencia operativa y a la seguridad en la atención médica dentro de la institución.

2 Objetivos

Describir las funciones del celador 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 trabajo del celador en el almacén hospitalario es de gran importancia para asegurar un flujo de suministros médicos y equipos eficiente y seguro dentro de la institución de atención médica. Aunque su rol principal puede variar según el hospital y las necesidades específicas, a continuación se detallan algunas de las responsabilidades clave que un celador puede desempeñar en el almacén hospitalario:

Recepción y registro de suministros: El celador puede estar a cargo de recibir los suministros y equipos que llegan al hospital, verificando que los envíos coincidan

con los pedidos realizados y registrando la información correspondiente. Esto garantiza un control de inventario preciso.

Almacenamiento adecuado: Es responsabilidad del celador asegurarse de que los suministros se almacenen de manera adecuada y segura. Esto incluye mantener un registro de la fecha de caducidad de los medicamentos, garantizar la correcta disposición de los productos inflamables y mantener un ambiente limpio y ordenado.

Distribución de suministros: El celador colabora en la distribución de suministros a las diferentes áreas del hospital, como las unidades de pacientes, quirófanos, laboratorios y consultorios médicos. Esto implica cargar y descargar suministros, asegurándose de que lleguen a su destino a tiempo.

Gestión de inventario: Ayuda a mantener un control riguroso del inventario, asegurando que los suministros estén disponibles cuando se necesiten y que no haya exceso ni escasez. Esto implica realizar conteos periódicos y colaborar con el personal administrativo en la gestión de pedidos.

Apoyo en situaciones de emergencia: En casos de emergencia, como desastres naturales o pandemias, el celador puede tener un papel crucial al garantizar que los suministros críticos estén disponibles y se distribuyan de manera eficiente.

Registro y documentación: Llevar un registro adecuado de las transacciones y las entregas de suministros es fundamental. Esto proporciona una trazabilidad necesaria para el seguimiento y la auditoría.

Mantenimiento de la seguridad: Cumplir con los protocolos de seguridad en el manejo de suministros, especialmente en productos peligrosos o farmacéuticos, es de suma importancia para evitar accidentes y garantizar la seguridad del personal y los pacientes.

El celador en el almacén hospitalario desempeña un papel vital en la gestión de suministros y equipos médicos, contribuyendo al funcionamiento eficiente y seguro del hospital. Su capacidad para mantener un inventario preciso, distribuir suministros en el momento adecuado y garantizar la seguridad en el manejo de productos es esencial para la atención médica de calidad.

5 Discusión-Conclusión

Para un óptimo funcionamiento del almacén hospitalario, como celador, es fundamental mantener un compromiso constante con la organización y la eficiencia. En primer lugar, es crucial mantener un registro detallado y preciso de todos los suministros y equipos, incluyendo fechas de caducidad y cantidades disponibles. Esto garantiza que nunca falten productos críticos y ayuda a evitar desperdicios. Además, mantenga una comunicación fluida con los departamentos clínicos para comprender sus necesidades específicas y asegurarse de que los suministros lleguen a tiempo.

La seguridad es primordial, así que siga estrictamente los procedimientos para el manejo y almacenamiento de suministros, especialmente aquellos que son sensibles o peligrosos. Finalmente, promueva un ambiente limpio y ordenado en el almacén, lo que facilita el acceso a los suministros y contribuye a un flujo de trabajo eficiente. Estas prácticas son esenciales para brindar atención médica de calidad y garantizar que el personal y los pacientes cuenten siempre con los recursos necesarios.

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 607

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y CLASIFICACIÓN DE LOS ALIMENTOS: LA PIRÁMIDE DE LOS ALIMENTOS

DARA LÓPEZ ÁLVAREZ

VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ

JOSEFA LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-
MIGALLÓN

JESÚS JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA

1 Introducción

La alimentación es una necesidad básica para el mantenimiento de la vida de todos los seres vivos. La alimentación en los seres humanos no solo cumple un papel fundamental en la obtención de los nutrientes necesarios para el adecuado funcionamiento del cuerpo humano, sino que también tiene una función muy importante en la socialización y la relación con el entorno. Para comprender la importancia de la alimentación, es necesario profundizar en el conocimiento de qué son los alimentos y en la relevancia de los nutrientes que contienen. Los alimentos en los humanos comprenden el conjunto de todas aquellas sustancias sólidas o líquidas consumidas con el propósito de regular el metabolismo del

cuerpo y mantener sus funciones fisiológicas, por ejemplo, la temperatura corporal. Desde una perspectiva nutricional, proporcionan a los organismos la materia y la energía necesarias para su supervivencia y desarrollo.

Los nutrientes, por otro lado, son aquellas sustancias químicas contenidas en los alimentos que el organismo descompone y que utiliza con el propósito de obtener energía y materia para la realización de las funciones celulares. Se pueden clasificar en dos categorías principales: los macronutrientes (proteínas, carbohidratos y grasas), que son necesarios en grandes cantidades y proporcionan la energía fundamental para el organismo y los micronutrientes (vitaminas o minerales), que se necesitan en menor cantidad, pero que son vitales para la realización de diferentes funciones metabólicas.

El Código Alimentario Español define los alimentos como aquellas sustancias o productos de naturaleza animal, vegetal o mineral, en estado líquido o sólido, naturales, elaborados o semielaborados, susceptibles de ser destinados a la nutrición humana, e incluye aquellos que se consumen pero no aportan nutrientes y los productos dietéticos.

Los alimentos deben cumplir ciertas características para garantizar su calidad y su seguridad en el consumo. Así, deben ser:

- Nutritivos: Deben contener los suficientes nutrientes para mantener y promover la salud, de manera que proporcionen al cuerpo la energía y los elementos necesarios para el crecimiento, el mantenimiento y el funcionamiento adecuado de todas las funciones corporales.
- Atractivos: Deben tener buena apariencia, sabor, aroma y textura. Además, deben estar bien presentados. Los alimentos atractivos es más probable que sean consumidos y disfrutados.
- Limpios: Deben estar libres de contaminantes, como microorganismos patógenos, elementos químicos tóxicos y otras impurezas susceptibles de poner en riesgo la salud de quienes los consuman.
- Sin sustancias nocivas: Deben estar libres de componentes que puedan causar daño a la salud como aditivos alimentarios peligrosos, contaminantes perjudiciales o alérgenos no declarados.

El objetivo principal de la cocina hospitalaria es proporcionar una alimentación segura y de calidad a los pacientes tanto para su mantenimiento, para su recuperación o como parte del tratamiento prescrito. Los pinches de cocina hospitalaria, como parte del personal que desarrolla su labor en ella, deben conocer los alimentos ya que trabajan constantemente con ellos.

2 Objetivos

- Profundizar en el conocimiento de los alimentos, sus principales características y sus criterios de clasificación, incidiendo en la Pirámide de los Alimentos.
- Destacar la importancia de la Pirámide de los Alimentos como herramienta a utilizar en la planificación de una dieta saludable.
- Resaltar la importancia que tiene el conocimiento de la Pirámide de los Alimentos para el personal de la cocina hospitalaria, entre ellos, el pinche de cocina.

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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “clasificación de los alimentos”, “pirámide de alimentos”, “pinches de cocina hospitalaria y los alimentos”.

4 Resultados

Los alimentos se pueden clasificar de múltiples formas dependiendo del criterio clasificatorio que se utilice, entre otras: atendiendo a su origen (animales, vegetales o minerales), según sus nutrientes (proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, minerales o agua) o según su función tras su ingesta (plásticos, energéticos y reguladores).

La Pirámide de Alimentos es una representación gráfica en la que se clasifican los alimentos en función de las necesidades nutricionales humanas. Esta herramienta es muy útil en la planificación de una nutrición sana y equilibrada, y se basa en la proporción de alimentos que nuestro cuerpo necesita para mantener una dieta saludable. La Pirámide de Alimentos se divide en varios niveles, que representan diferentes grupos de alimentos:

- 1º Nivel o Grupo de los alimentos básicos (base de la Pirámide): Comprende los alimentos ricos en carbohidratos complejos, como pan, pasta, cereales y otros productos de granos enteros. Estos alimentos deben ser la principal base de la dieta y proporcionar la mayoría de las calorías consumidas al día.
- 2º Nivel o Grupo de las verduras y frutas: Este peldaño comprende las verduras y las frutas frescas. Estos alimentos son muy buenos portadores de vitaminas, fibra,

minerales, y antioxidantes. Su consumo diario abundante es muy recomendable para tener una buena salud.

- 3º Nivel o Grupo de las proteínas y lácteos: Incluye alimentos ricos en proteínas como carnes magras, pescado, huevos, legumbres, leche, o productos lácteos. Las proteínas son fundamentales para el crecimiento, el mantenimiento y la reparación de los tejidos y para el mantenimiento de saludable del sistema inmunológico. La leche y los lácteos aportan calcio y otros nutrientes necesarios para el fortalecimiento de los huesos y los dientes.

- 4º Nivel o Grupo de las grasas y aceites: Incluye los aceites, las grasas, las mantequillas, las margarinas y los frutos secos. Estos alimentos deben consumirse moderadamente, ya que son ricos en calorías. Es recomendable optar por los alimentos que tienen grasas de origen vegetal como el aceite de oliva o las nueces por ser estas más saludables.

- 5º Nivel o Grupo de los: Azúcares (cima de la Pirámide): Es el grupo más pequeño de todos y comprende el azúcar, la miel y los alimentos que contienen gran cantidad de estas sustancias. Su consumo es recomendable en pequeñas cantidades, deben ser ingeridas principalmente durante el día para gastarlas mediante la actividad física, evitando su consumo durante la cena.

La Pirámide de los Alimentos implica la aplicación de unos principios clave:

- La variedad: Es necesario el consumo de alimentos de manera variada y de todos los grupos para la obtención de todos los nutrientes necesarios.

- La moderación: La cantidad de alimentos consumidos debe estar en consonancia con la necesidad individual de energía y con actividad física desarrollada.

- La proporción: La proporción de alimentos a consumir debe seguir las recomendaciones de la Pirámide, priorizando los alimentos de la base y reduciendo la cantidad de alimentos a consumir según se asciende por esta.

- La hidratación: Es necesario mantener una hidratación correcta y consumir los suficientes líquidos, sobre todo, agua.

- La actividad física: Una alimentación saludable se complementa con la realización de actividad física regular para mantener o alcanzar un óptimo estilo de vida.

Es esencial que el pinche de cocina hospitalario esté familiarizado con la clasificación de los alimentos y, concretamente, con la Pirámide de los Alimentos y comprenda su aportación en la promoción de una alimentación saludable de los pacientes del hospital. Esto conlleva el conocimiento de los grupos de alimentos, las recomendaciones de consumo, las proporciones o las formas saludables de preparación y elaboración.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación es fundamental en la existencia de los seres vivos y, por lo tanto, de las personas y conocer cómo los alimentos proporcionan los nutrientes necesarios es esencial para mantener la salud y calidad de vida. La Pirámide de Alimentos se presenta como una herramienta que se puede utilizar fácilmente en la planificación de dietas equilibradas, especialmente en el ámbito sanitario y hospitalario, donde la alimentación adecuada constituye una base en la recuperación de los pacientes.

Conocer los grupos de alimentos y sus recomendaciones de consumo y aplicar o promover los principios de la Pirámide de Alimentos es muy importante para los profesionales de la cocina hospitalaria, entre estos el pinche de cocina, ya que les permite preparar comidas que cumplan con los altos estándares de calidad y seguridad exigidos en los entornos hospitalarios. Además, la promoción de una alimentación saludable es fundamental para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en cualquier ámbito.

La combinación de una alimentación equilibrada, basada en la Pirámide de Alimentos, y la promoción de la actividad física por parte de los pinches de cocina, como profesionales en la manipulación de alimentos, puede contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes del hospital y fomentar un estilo de vida saludable en la sociedad en general.

6 Bibliografía

1. Anaya M. La Pirámide de Alimentos: Qué es la Pirámide Nutricional [Internet]. Alimentos sanos y vida saludable. 2016 [citado el 17 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.manipulador-de-alimentos.es/blog/piramide-de-los-alimentos/>
2. TEMA 4: ALIMENTACIÓN – [Internet]. OPERARIO DE SERVICIOS C y L. [citado el 17 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://oposicionesoperariodeserviciosyl.wordpress.com/category/temario-operario-de-servicios/temario-especifico/tema-4-alimentacion/>
3. Integraoposiciones.com. [citado el 17 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.integraoposiciones.com/wp-content/uploads/2020/04/PincheSESCAM-Tema11-Muestra.pdf>
4. Guía de Alimentación y Salud UNED: Guía de nutrición > La dieta equilibrada [Internet]. Uned.es. [citado el 17 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www2.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/guia_nutricion/la_dieta

eta_equilibrada.htm?ca=n0

Capítulo 608

EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE FARMACIA HOSPITALARIA

ANTONIA RAMIRO GUERRERO

RAUL MARTIN BONILLA

FERNANDO LOPEZ GARCIA

FERMÍN LÓPEZ GREGORIO

JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ

1 Introducción

El área de farmacia en un hospital es un componente crítico de la atención médica que se encarga de la gestión segura y efectiva de los medicamentos utilizados en el tratamiento de pacientes hospitalizados. Su función principal es garantizar que los pacientes reciban la medicación correcta en la dosis adecuada y en el momento preciso. Aquí se describen algunas de las principales responsabilidades y funciones del área de farmacia en un hospital.

Dispensación de medicamentos: La farmacia es responsable de preparar y dispensar los medicamentos recetados por los médicos para cada paciente. Esto implica verificar la prescripción, la dosis correcta y la forma farmacéutica adecuada.

Control de inventario: La farmacia administra un inventario de medicamentos, asegurándose de que haya suficiente suministro de medicamentos para satisfacer las necesidades de los pacientes y evitando la caducidad de medicamentos.

Preparación de medicamentos personalizados: En algunos casos, se requieren preparaciones farmacéuticas personalizadas, como mezclas intravenosas. La farmacia es responsable de preparar estos medicamentos de manera segura.

Verificación de interacciones medicamentosas: El personal de farmacia verifica posibles interacciones entre medicamentos para garantizar que no haya riesgos de efectos secundarios adversos cuando se administran múltiples medicamentos a un paciente.

Educación al paciente: La farmacia a menudo desempeña un papel en la educación al paciente, explicando cómo tomar los medicamentos correctamente y respondiendo a preguntas sobre efectos secundarios y almacenamiento.

Cumplimiento normativo: Las farmacias hospitalarias deben cumplir con regulaciones y estándares rigurosos para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica.

Colaboración interdisciplinaria: El personal de farmacia trabaja estrechamente con médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada para el paciente.

2 Objetivos

Exponer las funciones del celador en el área de farmacia 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 trabajo del celador en el área de farmacia hospitalaria es crucial para garantizar un flujo de trabajo eficiente y seguro relacionado con la gestión de medicamentos y productos farmacéuticos en el hospital. Aunque no están directamente involucrados en la preparación o dispensación de medicamentos, desempeñan un papel vital en varias áreas:

Recepción de entregas: Los celadores pueden recibir las entregas de suministros farmacéuticos y medicamentos que llegan al hospital. Esto incluye verificar que los envíos coincidan con los pedidos y que los productos se almacenen adecuadamente.

Distribución de medicamentos: Colaboran en la distribución de medicamentos a las unidades de pacientes, enfermerías y clínicas dentro del hospital. Aseguran que los medicamentos lleguen a su destino de manera oportuna, lo que es esencial para la continuidad de la atención médica.

Gestión de inventario: Ayudan en la gestión del inventario farmacéutico, lo que implica contar, registrar y controlar los niveles de existencias de medicamentos y suministros relacionados.

Eliminación segura de desechos farmacéuticos: Los medicamentos vencidos o no utilizados deben ser eliminados de manera segura. Los celadores pueden participar en la recolección y disposición adecuada de estos productos farmacéuticos.

Transporte de muestras y documentos: Pueden estar involucrados en el transporte de muestras médicas y documentos relacionados con la farmacia, asegurando que lleguen a los laboratorios o al personal correspondiente de manera segura y rápida.

Apoyo en situaciones de emergencia: Durante situaciones de emergencia o desastres naturales, los celadores pueden ser fundamentales al garantizar que los suministros farmacéuticos críticos estén disponibles y se distribuyan eficazmente.

Mantenimiento de la seguridad y la confidencialidad: Mantienen la seguridad en el manejo de productos farmacéuticos y respetan la confidencialidad de la información relacionada con medicamentos y pacientes.

Los celadores en el área de farmacia hospitalaria desempeñan un papel importante en la cadena de suministro de medicamentos y la gestión de inventario. Su

contribución garantiza que los medicamentos lleguen a quienes los necesitan de manera segura y oportuna, lo que es esencial para la atención médica de calidad dentro del hospital. Además, su trabajo ayuda a mantener la organización y el cumplimiento de los estándares de seguridad en el manejo de productos farmacéuticos.

5 Discusión-Conclusión

Para contribuir al buen funcionamiento del servicio de farmacia hospitalaria, como celador, es esencial mantener un enfoque en la eficiencia, la seguridad y la colaboración. En primer lugar, es crucial asegurarse de que las entregas de suministros farmacéuticos se reciban y registren con precisión, verificando que coincidan con los pedidos y las fechas de caducidad. Mantener un inventario organizado y actualizado es fundamental para evitar escasez o desperdicio de medicamentos.

Además, es importante fomentar una comunicación efectiva entre el personal de farmacia, los profesionales de la salud y otros departamentos hospitalarios. Colaborar estrechamente con el personal farmacéutico para entender las necesidades específicas y los protocolos es esencial. Además, se deben seguir estrictamente las normas de seguridad en el manejo de medicamentos y mantener la confidencialidad en todo momento.

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 PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA MANIPULACIÓN DE LOS ALIMENTOS: LA PREPARACIÓN DE LA CARNE

JOSEFA LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-
MIGALLÓN

JESÚS JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA

DARA LÓPEZ ÁLVAREZ

VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ

1 Introducción

En el centro de muchas de las elaboraciones que se realizan en la cocina hospitalaria está la carne. La carne es un ingrediente muy versátil en la realización de las dietas hospitalarias y es muy apreciado por su sabor y por su valor nutricional. La manera en la que se aborda la preparación de la carne previa a su elaboración o cocinado es un punto determinante para garantizar la seguridad alimentaria y la eficiencia en la cocina hospitalaria, y la satisfacción de los pacientes ingresados en el hospital.

Entre la selección de la carne adecuada y de calidad, hasta su elaboración precisa se realizan una serie de pasos durante la preparación que tendrán un importante impacto en la calidad del resultado final.

El principal responsable de la manipulación de la carne en su preparación dentro de la cocina hospitalaria es el pinche de cocina, por lo tanto, que entienda y que siga las mejores prácticas en la manipulación de la carne en este entorno es esencial tanto para garantizar la seguridad de los pacientes como para proporcionarles experiencias culinarias apetitosas.

La incorporación de la carne en las dietas hospitalarias es muy importante porque es una fuente de proteínas de alto valor biológico esenciales para el crecimiento, mantenimiento y reparación de los tejidos del cuerpo. Además, las proteínas son necesarias para la recuperación de los pacientes hospitalizados debido a que ayudan a cuestiones como el mantenimiento de la masa muscular y ayuda a prevenir la desnutrición. Sin embargo, su ingesta debe ser controlada y es necesario evitar su consumo excesivo por su alto contenido en ácidos grasos saturados.

La manipulación de la carne puede ser un vehículo de transmisión de enfermedades, ya que muchas bacterias y microorganismos se desarrollan en estos alimentos de manera fácil. El pinche de cocina hospitalaria debe ser consciente de los diferentes factores de riesgo que acompañan la preparación de la carne y que pueden ser causa de enfermedades de transmisión alimentaria. Por eso, es fundamental que el pinche de cocina sea consciente de estos riesgos potenciales y cumpla con las buenas prácticas y la normativa vigente para asegurar la inocuidad de la carne incorporada en los menús hospitalarios.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia la carne en la cocina hospitalaria destacando los factores más relevantes de su manipulación.
- Describir las distintas tareas que requiere la preparación de la carne por parte de los pinches de cocina 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: “preparación de la carne” o “el pinche de cocina hospitalaria y preparación de la carne”.

4 Resultados

Un primer paso para el pinche de cocina hospitalaria en la manipulación de la carne es el reconocimiento de su calidad y su buen estado a partir de la observación de sus características organolépticas. Estas características serán diferentes dependiendo del origen de la carne, y las más frecuentes son las siguientes:

- Carne de res: Es una carne roja, sus propiedades organolépticas van a estar caracterizadas por un olor característico y un color que dependerá de la especie, la raza, la edad y la alimentación y variará de un blanco rosáceo a un rojo intenso. Su superficie debe ser brillante, su grasa debe ser blanca o un poco amarillenta y su textura debe ser firme al tacto.
- Carne de cordero: Se trata de una carne roja de olor ligero y color entre rosa pálido y rosa, su grasa debe ser blanca y su textura debe ser firme y elástica.
- Carne de cerdo: Se trata de una carne blanca con un alto contenido en grasas. De olor característico y de color rojo subido cuya grasa puede ser de color blanco o un poco amarillento. Su superficie debe ser brillante y con una textura de tacto firme.
- Carne de aves: Se trata de una carne blanca, excepto la carne de avestruz, que se califica como roja. Su color debe ser rosáceo muy suave, que puede variar según la alimentación del animal (la grasa de los pollos de corral puede ser amarillenta o la carne de las aves de caza suele presentar un color más oscuro), el olor tiende a ser suave y su superficie lisa y brillante con una textura tersa al tacto.

Las carnes permiten la utilización de muchas técnicas culinarias: el guiso, la plancha, la fritura el asado en horno, etc. Pueden ser servidas junto a guarniciones de verduras, legumbres, patatas o con ensalada, lo que permite incorporarlas formando menús muy completos nutricionalmente. En la práctica de las elaboraciones es conveniente que se cocine suficientemente y no quede cruda en su interior para evitar el riesgo de que se produzcan toxiinfecciones alimentarias. Cuando es consumida en forma de carne picada, como en hamburguesas, albóndigas, pasteles o en empanadas, hay que tener en cuenta que la carne picada tiene más riesgo de contaminación y por esto es aconsejable que sea triturada en un momento inmediatamente previo a su preparación.

En algunos tipos de carne que resultan duras, estas se pueden ablandar golpeándolas con el rodillo de cocina para romper su tejido conectivo. Además, para prevenir su dureza es conveniente añadir la sal al finalizar su preparación o en el momento previo justo antes de su consumo.

En la preparación de la carne de res, cerdo y cordero, destacan los siguientes tipos de manipulación:

- El lavado de la canal: Puede ser entera, media o en cuartos de canal y se realiza con agua corriente, para eliminar residuos y sustancias extrañas.
 - El oreo: Puede ser natural o refrigerado, en cualquier caso, debe hacerse en espacios secos, bien ventilados y durante el tiempo necesario.
 - El despiece o troceado: Se trata de dividir el animal en piezas que se corresponden con las partes anatómicas.
 - El deshuesado: Consiste en la separación de la carne del hueso de animal y se realiza mediante la aplicación de cortes.
 - El fileteado: Se trata de dividir las piezas de carne en aquellos tamaños adecuados para que puedan ser consumidos mediante un corte transversal.
 - Picado: Se trata de la división de los trozos o los filetes de la carne, sin huesos, en trozos muy pequeños e implica el uso de máquinas o robots adecuados.
- En cuanto a la preparación de las aves se pueden nombrar los siguientes tipos de manipulación:
- El pelado: Se trata de la eliminación de plumas.
 - El chamuscado: Consiste en la eliminación de plumas pequeñas y pelusas, que quedan tras el pelado y que son difíciles de eliminar.
 - El eviscerado: Consiste en extraer las vísceras como la molleja, el hígado, los pulmones, etc.
 - El despojado: Retirada de partes del cuerpo de las aves como la cabeza, las patas o el cuello.
 - El cuarteado: Consiste en la división del ave en los cuartos traseros o los delanteros y quitando el espinazo.
 - El fraccionado: Se trata de dividir los cuartos en más porciones.
 - El bridado: Es una forma de sujeción de las aves crudas para que conserven su forma en el proceso de elaboración.
 - El albardado: Consiste en recubrir el ave en tiras de tocino para que no se re-seque.

5 Discusión-Conclusión

La carne tiene un lugar primordial en las dietas elaboradas para los pacientes dentro de la cocina hospitalaria, esto es así por su alto valor nutricional y su aportación al objetivo de satisfacer las necesidades dietéticas de los pacientes. Sin embargo, su preparación y manipulación deben llevarse a cabo con extremo cuidado y una especial precaución que sirva para garantizar la seguridad alimentaria y la calidad de las comidas elaboradas en el entorno del centro hospitalario. Los pinches de cocina desempeñan un papel vital en este proceso, ya que son

en buena parte responsables de la realización de tareas relacionadas con el almacenamiento, la conservación, la preparación y la elaboración adecuados de la carne.

Para cumplir con los estándares de calidad y seguridad alimentaria y, a la vez, ofrecer una buena experiencia culinaria a los pacientes, es fundamental que el personal de cocina, entre este, el pinche de cocina, esté capacitado en la aplicación de buenas prácticas de manipulación. Esto incluye el conocimiento y la aplicación de la normativa vigente en calidad y seguridad alimentaria, pero también el conocimiento y la práctica de las técnicas culinarias apropiadas para cada alimento que permita conseguir la satisfacción de los pacientes con los menús suministrados por el hospital durante toda su estancia.

6 Bibliografía

1. chef, Perfil VT mi. TÉCNICAS CULINARIAS [Internet]. Blogspot.com. [citado el 24 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://tecnicasculinarias-sanmateo.blogspot.com/p/caracteristicas-de-las-materias-primas.html>
2. TEMA 7: ALIMENTACIÓN: TÉCNICAS DE TRATAMIENTO Y PREPARACIÓN INICIAL DE LOS ALIMENTOS: LAVADO, CORTE, DESCONGELACIÓN [Internet]. OPERARIO DE SERVICIOS C y L. 2022 [citado el 24 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://oposicionesoperariodeservicioscl.wordpress.com/2022/02/20/tema-7-alimentacion-tecnicas-de-tratamiento-y-preparacion-inicial-de-los-alimentos-lavado-corte-descongelacion/>
3. Integraoposiciones.com. [citado el 24 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.integraoposiciones.com/wp-content/uploads/2020/04/PincheSESCAM-Tema11-Muestra.pdf>
4. Preparación y procesado culinario de los alimentos: técnicas [Internet]. studylib.es. 2016 [citado el 24 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/4802110/preparaci%C3%B3n-y-procesado-culinario-de-los-alimentos--t%C3%A9cnicas>

Capítulo 610

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LA GESTIÓN DE LA AGENDA MÉDICA SANITARIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ROCIO COVISA PUENTE

ISABEL FITO SÁEZ

FRANCISCA MARIA CALA ALCÁNTARA

MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS

ANTONIA ARMERO MENA

1 Introducción

La agenda médica sanitaria es un componente fundamental en la gestión de la atención médica y la organización de los servicios de salud. Se trata de un registro o planificación de las citas, consultas y procedimientos médicos programados para un paciente o un grupo de pacientes en un centro de salud o clínica. Su objetivo principal es garantizar que los pacientes reciban atención médica oportuna y coordinada de acuerdo con sus necesidades médicas y los recursos disponibles en el sistema de salud.

A continuación, se describen algunos aspectos clave relacionados con la agenda médica sanitaria:

- Programación de Citas: La agenda médica se utiliza para programar citas médicas y de atención de manera que se ajusten a la disponibilidad de los médicos y otros profesionales de la salud, así como a la disponibilidad de instalaciones y equipos.
- Coordinación de Servicios: Permite la coordinación de servicios médicos, lo que es especialmente importante en casos de atención multidisciplinaria o seguimiento de enfermedades crónicas donde varios especialistas pueden estar involucrados en el cuidado de un paciente.
- Priorización de Casos: Ayuda a priorizar los casos según su gravedad y urgencia. Los pacientes con condiciones médicas más críticas pueden recibir citas más rápidamente, mientras que aquellos con necesidades menos urgentes pueden programarse en fechas posteriores.

2 Objetivos

- Explicar la organización, coordinación y administración de las citas médicas y los procedimientos programados para los pacientes 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 fundamental en la gestión de la agenda médica sanitaria en el ámbito hospitalario. Su función se enfoca en la organización, coordinación y administración de las citas médicas y los procedimientos programados para los pacientes. A continuación, se detallan algunas de las tareas y responsabilidades que realizan los auxiliares administrativos en este contexto:

- Registro de Datos: Mantienen registros detallados de las citas programadas en sistemas de gestión hospitalaria. Esto incluye la información del paciente, el médico asignado, la fecha y hora de la cita, el tipo de consulta o procedimiento, y cualquier requisito especial.
- Comunicación con Pacientes: Los auxiliares administrativos se comunican con los pacientes para confirmar las citas, proporcionar recordatorios y responder preguntas relacionadas con la programación.
- Priorización de Casos: Ayudan en la priorización de los casos médicos, asegurándose de que los pacientes con necesidades urgentes reciban citas rápidas y que se asignen recursos de manera adecuada.
- Coordinación Multidisciplinaria: En situaciones en las que se requiere atención de múltiples especialidades médicas, los auxiliares administrativos coordinan las citas y procedimientos para garantizar una atención integral y fluida.
- Manejo de Ausencias: Gestionan las cancelaciones y reprogramaciones de citas cuando los pacientes no pueden asistir en la fecha programada. Esto ayuda a optimizar la agenda y reducir tiempos muertos.
- Confidencialidad: Los auxiliares administrativos deben garantizar la confidencialidad de la información de los pacientes y cumplir con las regulaciones de privacidad y seguridad de datos en el ámbito de la salud.
- Atención al Público: Interactúan con pacientes y sus familiares, proporcionando un servicio amable y atento para resolver inquietudes y proporcionar información sobre la programación de citas.
- Seguimiento y Reportes: Mantienen registros actualizados y generan informes relacionados con la gestión de la agenda médica. Esto incluye datos sobre la disponibilidad de citas, tasas de asistencia y otros indicadores clave.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial en la gestión de la agenda médica sanitaria en el ámbito hospitalario. Su trabajo eficiente y organizado garantiza que los pacientes reciban atención médica oportuna y coordinada, lo que es esencial para el funcionamiento eficaz de un hospital. Además, su colaboración con el personal médico y su capacidad para mantener

registros precisos y confidenciales son fundamentales para mantener la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios de salud.

La gestión de la agenda médica es una tarea compleja que requiere una planificación cuidadosa, comunicación efectiva y atención a los detalles. Los auxiliares administrativos son responsables de programar citas, coordinar procedimientos, priorizar casos, gestionar cancelaciones y reprogramaciones, y mantener registros actualizados.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed y Scielo

Capítulo 611

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA TRAMITACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA AMBULATORIA

ROCIO COVISA PUENTE

ISABEL FITO SÁEZ

FRANCISCA MARIA CALA ALCÁNTARA

MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS

ANTONIA ARMERO MENA

1 Introducción

La tramitación de la asistencia sanitaria ambulatoria se refiere al proceso de gestión y administración de los servicios médicos y de atención médica que se proporcionan de manera ambulatoria, es decir, sin que el paciente requiera hospitalización o internamiento en una institución de salud. Este proceso abarca desde la solicitud de una cita médica hasta la atención y seguimiento de los pacientes en el entorno ambulatorio.

La tramitación de la asistencia sanitaria ambulatoria es esencial para garantizar que los pacientes reciban atención médica de calidad de manera oportuna y eficiente en un entorno ambulatorio. Los sistemas de gestión de salud y el personal administrativo juegan un papel crucial en este proceso para asegurar una atención médica adecuada y satisfactoria para los pacientes.

En resumen, el auxiliar administrativo es un miembro valioso del equipo de atención médica ambulatoria, cuyo trabajo es esencial para garantizar que los pacientes reciban una atención médica de calidad de manera oportuna y eficiente en un entorno ambulatorio. Su contribución permite que el centro médico funcione de manera efectiva y que los pacientes tengan una experiencia positiva en su búsqueda de atención médica. El auxiliar administrativo es un eslabón vital en el proceso de tramitación de la asistencia sanitaria ambulatoria, ya que su trabajo contribuye a la organización, eficiencia y satisfacción del paciente en el centro médico.

2 Objetivos

- Explicar el papel que desempeña el auxiliar administrativo en la tramitación de la asistencia sanitaria ambulatoria al ser responsable de llevar a cabo diversas tareas administrativas y de coordinación que contribuyen a un flujo de trabajo eficiente en el entorno de atención ambulatoria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de 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 fundamental en la tramitación de la asistencia sanitaria ambulatoria al ser responsable de llevar a cabo diversas tareas administrativas y de coordinación que contribuyen a un flujo de trabajo eficiente en el entorno de atención ambulatoria. A continuación, se describen algunas de las funciones y responsabilidades clave del auxiliar administrativo en este contexto:

- Registro de Datos: El auxiliar administrativo es responsable de registrar los datos de los pacientes en el sistema de gestión de salud del centro médico. Esto incluye información personal, médica y de contacto, así como detalles de la cita programada.

- **Solicitud y Programación de Citas:** Atiende a los pacientes que solicitan citas médicas, ya sea por teléfono, en línea o en persona. Luego, asigna y programa las citas de acuerdo con la disponibilidad de los médicos y las necesidades de los pacientes.
- **Confirmación de Citas:** Realiza llamadas o envía recordatorios por correo electrónico o mensajes de texto para confirmar las citas médicas con los pacientes. Esto ayuda a reducir las tasas de ausencia a las citas.
- **Gestión de Expedientes:** Organiza y mantiene los expedientes médicos de los pacientes, asegurándose de que estén actualizados y accesibles para el personal médico cuando sea necesario.
- **Comunicación con el Paciente:** Interactúa con los pacientes para proporcionar información sobre las citas, responder a preguntas, ayudar en la preparación para ciertos exámenes médicos y ofrecer orientación sobre los procedimientos administrativos.
- **Facturación y Cobros:** Maneja los aspectos relacionados con la facturación de los servicios médicos y la gestión de pagos. Esto incluye la verificación de seguros médicos, la generación de facturas y la recepción de pagos.
- **Manejo de Quejas y Reclamaciones:** Atiende las quejas o reclamaciones de los pacientes y trabaja en la resolución de problemas, siguiendo los protocolos establecidos por el centro médico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la tramitación de la asistencia sanitaria ambulatoria. Su labor contribuye en gran medida a la organización, eficiencia y satisfacción tanto de los pacientes como del personal médico en el entorno de atención ambulatoria. A través de sus tareas de registro, programación de citas, confirmación, gestión de expedientes, facturación, atención al paciente y coordinación, el auxiliar administrativo garantiza un flujo de trabajo eficaz y una experiencia positiva para los usuarios del centro médico.

La comunicación efectiva con los pacientes, la gestión de la información de manera precisa y confidencial, y la capacidad para resolver problemas y manejar quejas son habilidades esenciales para un auxiliar administrativo en este contexto.

6 Bibliografia

- Scielo

Capítulo 612

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN UN ARCHIVO HOSPITALARIO

ROCIO COVISA PUENTE

FRANCISCA MARIA CALA ALCÁNTARA

MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS

ISABEL FITO SÁEZ

ANTONIA ARMERO MENA

1 Introducción

Un archivo hospitalario, también conocido como archivo clínico o archivo médico, es un sistema de organización y almacenamiento de documentos médicos y registros de pacientes en un entorno de atención médica, como un hospital, clínica u otra institución de salud. Este archivo tiene la finalidad de gestionar y conservar la información médica y administrativa relacionada con la atención de los pacientes. A continuación, se describen las principales funciones y características de un archivo hospitalario:

- Almacenamiento de Historias Clínicas: El archivo hospitalario almacena las historias clínicas de los pacientes, que contienen información detallada sobre su historial médico, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, resultados de exámenes y otros datos relevantes.

- **Gestión de Documentos Médicos:** Además de las historias clínicas, el archivo también almacena otros documentos médicos, como órdenes de médicos, resultados de laboratorios, informes radiológicos, registros de cirugías y notas de enfermería.
- **Mantenimiento de Registros Administrativos:** Aparte de la información médica, el archivo hospitalario también contiene registros administrativos, como facturas, registros de seguros médicos, autorizaciones de tratamiento y otros documentos relacionados con la gestión de la atención médica.
- **Cumplimiento de Normativas:** Los archivos hospitalarios deben cumplir con normativas y regulaciones de privacidad de datos, asegurando la confidencialidad y la seguridad de la información médica de los pacientes.

2 Objetivos

- Dar a conocer el papel esencial en la gestión y funcionamiento eficiente de un archivo hospitalario 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 esencial en la gestión y funcionamiento eficiente de un archivo hospitalario. Sus responsabilidades y funciones en este entorno son vitales para garantizar que la información médica y administrativa se maneje de manera organizada, segura y precisa. A continuación, se describen las principales funciones y el papel del auxiliar administrativo en un archivo hospitalario:

- **Registro y Clasificación:** El auxiliar administrativo es responsable de recibir y registrar los documentos médicos y administrativos que ingresan al archivo.

Esto incluye las historias clínicas de los pacientes, informes médicos, facturas, registros de seguros médicos y otros documentos relacionados con la atención médica.

- Organización: El auxiliar administrativo se encarga de organizar los documentos de manera ordenada y lógica. Esto implica la clasificación de los registros por paciente, fecha, tipo de documento y otros criterios relevantes para facilitar su posterior recuperación.
- Digitalización: En muchos entornos de atención médica, se utiliza la digitalización de documentos para crear versiones electrónicas de los registros médicos. El auxiliar administrativo puede ser responsable de escanear y almacenar estos documentos digitalizados en sistemas de gestión electrónica de registros médicos (EHR).
- Mantenimiento y Conservación: El auxiliar administrativo debe garantizar que los documentos físicos se mantengan en condiciones adecuadas, protegiéndolos de daños, pérdidas o deterioro. También debe asegurarse de que se cumplan los plazos legales de conservación de registros.
- Acceso Controlado: El auxiliar administrativo ayuda a mantener la seguridad y la privacidad de los registros médicos, asegurando que solo el personal autorizado tenga acceso a la información de los pacientes.
- Recuperación de Información: Cuando se requiere información médica para la atención de un paciente, auditorías médicas u otros fines, el auxiliar administrativo es responsable de localizar y proporcionar los registros solicitados de manera oportuna y precisa.
- Comunicación con el Personal Médico y Administrativo: El auxiliar administrativo actúa como intermediario entre el personal médico y administrativo, asegurando que los registros estén disponibles cuando se necesiten y comunicando cualquier solicitud o requerimiento relevante.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la gestión de un archivo hospitalario. Sus responsabilidades incluyen la recepción, registro, organización y mantenimiento de los documentos médicos y administrativos, lo que contribuye significativamente a la eficiencia y seguridad en la

atención médica. Además, el auxiliar administrativo garantiza el acceso controlado a la información del paciente, cumpliendo con normativas de privacidad y conservación de registros. Su colaboración con el personal médico y administrativo facilita la recuperación rápida de información cuando es necesaria para la atención al paciente, auditorías y otros fines. En resumen, el trabajo del auxiliar administrativo en un archivo hospitalario es esencial para el funcionamiento adecuado y la calidad de la atención médica en un entorno de salud.

6 Bibliografía

- Pubmed

Capítulo 613

EL CELADOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

GERARDO DÍAZ FUNEZ

JULIO SORIA MARTÍNEZ

CATALINA MARTINEZ

JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA

AURORA ARIAS CARRERO

1 Introducción

La atención primaria de salud es el punto de partida esencial para el acceso a los servicios médicos y la promoción de la salud en cualquier sistema de atención médica. En este contexto, el rol del celador se erige como un pilar fundamental que sustenta el funcionamiento fluido y eficiente de las instalaciones de atención primaria. Los celadores desempeñan una función multifacética que va más allá de simplemente realizar tareas de apoyo logístico; son esenciales para el bienestar y la comodidad de los pacientes, la coordinación de la atención y la colaboración efectiva entre los diferentes profesionales de la salud.

En su día a día, los celadores se encargan de una variedad de tareas, desde recibir a los pacientes en las salas de espera y asegurarse de que se sientan cómodos, hasta asistir en la movilización de pacientes con movilidad reducida o en sillas de ruedas. Además, son responsables de mantener la limpieza y el orden en las áreas

de atención, lo que es esencial para garantizar un entorno seguro y saludable para pacientes y personal médico por igual.

No obstante, su papel trasciende las labores logísticas. Los celadores también actúan como intermediarios valiosos entre pacientes y profesionales de la salud, transmitiendo información importante y asegurando que las necesidades básicas de los pacientes se cumplan de manera adecuada. Su interacción cercana con los pacientes puede marcar la diferencia en la experiencia de atención de una persona y, por lo tanto, en su recuperación y bienestar general.

2 Objetivos

Exponer el papel y funciones del celador en atención primaria.

3 Metodología

Para la confección de este capítulo se ha llevado a cabo un trabajo de investigación en el que se han consultado diferentes publicaciones científicas. Estas publicaciones han sido libros, revistas así como artículos publicados en internet. Otra fuente de información que se ha utilizado para la elaboración de este trabajo ha sido la información transmitida por profesionales con muchos años de experiencia a los que se ha requerido dicha información y que tan amablemente la han ofrecido.

4 Resultados

El papel del celador en la atención primaria de salud es fundamental para el funcionamiento eficiente y seguro de los centros de salud y consultorios médicos. Los celadores desempeñan una variedad de funciones esenciales para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada y que el personal médico y de enfermería pueda realizar su trabajo de manera efectiva.

El celador en la atención primaria de salud representa un eslabón vital en la cadena de atención médica. Su trabajo es multifacético y se extiende desde el momento en que los pacientes ingresan al centro de salud hasta la gestión de las instalaciones y los recursos necesarios para brindar una atención de calidad. Una

de las principales funciones del celador es la de recibir a los pacientes y proporcionarles orientación en su visita al centro, lo que crea un ambiente acogedor y tranquilizador. Esta primera impresión puede marcar la diferencia en la experiencia del paciente y su nivel de comodidad.

Además, los celadores son responsables de mantener las instalaciones en condiciones óptimas de limpieza y orden, lo que es esencial para garantizar la seguridad de los pacientes y del personal de salud. Asimismo, su rol se extiende a la gestión de suministros médicos, asegurando que los materiales necesarios estén disponibles cuando se requieran, lo que evita retrasos y garantiza una atención ininterrumpida.

En situaciones donde los pacientes tienen dificultades de movilidad, los celadores desempeñan un papel esencial al asistir en el traslado de pacientes a través de camillas o sillas de ruedas. Esto no solo es importante para la comodidad de los pacientes, sino también para su seguridad y bienestar durante el proceso.

La colaboración en procedimientos médicos y quirúrgicos es otra faceta importante de la labor del celador. Trabajar en conjunto con el personal médico y de enfermería durante estos procedimientos garantiza que todo transcurra sin problemas y que los pacientes reciban la atención necesaria de manera eficiente.

Además de estas responsabilidades técnicas, los celadores también desempeñan un papel emocional y de apoyo. Interactúan directamente con los pacientes y sus familias, brindando comprensión y apoyo en momentos difíciles, lo que contribuye al ambiente cálido y humano que se busca en la atención primaria.

A continuación, se indican de forma esquemática las funciones del celador en la atención primaria:

1. ****Atención al paciente:**** Los celadores en la atención primaria suelen ser los primeros en recibir a los pacientes y brindarles asistencia en su llegada al centro de salud. Ayudan a los pacientes a registrarse, a encontrar el área de espera adecuada y a moverse por el centro si es necesario.
2. ****Mantenimiento de instalaciones:**** Los celadores son responsables de mantener limpias y en orden las instalaciones, incluyendo salas de espera, consultorios y baños. Esto es esencial para garantizar un entorno seguro y cómodo para los pacientes y el personal.
3. ****Transporte de pacientes:**** En casos de movilidad reducida o pacientes que

necesitan ser trasladados de un lugar a otro en el centro de salud, los celadores son responsables de ayudar con el traslado de camillas y sillas de ruedas.

4. ****Suministro de materiales:**** Los celadores también pueden ser responsables de abastecer las áreas de atención con suministros médicos, como gasas, vendajes, papel higiénico, etc. Mantienen el inventario y aseguran que esté disponible cuando se necesite.

5. ****Apoyo en procedimientos médicos:**** En algunas ocasiones, los celadores pueden ser requeridos para asistir a los médicos y enfermeras durante procedimientos médicos y quirúrgicos en el consultorio o en el quirófano.

6. ****Seguridad:**** Los celadores también tienen la responsabilidad de garantizar la seguridad de las instalaciones. Esto incluye la supervisión de la seguridad contra incendios, la gestión de la entrada y salida de visitantes y pacientes, y la colaboración con el personal de seguridad en situaciones de emergencia.

7. ****Atención a la familia:**** En ocasiones, los celadores también pueden proporcionar apoyo a las familias de los pacientes, brindando información y direcciones sobre cómo acceder a los servicios de atención médica.

8. ****Colaboración en tareas administrativas:**** Pueden ayudar en tareas administrativas, como archivar expedientes médicos, gestionar citas y coordinar la logística de las consultas.

9. ****Apoyo emocional:**** Los celadores a menudo interactúan con pacientes y sus familias, brindando apoyo emocional y comprensión en momentos difíciles.

5 Discusión-Conclusión

El celador desempeña un papel fundamental en la atención primaria de salud al garantizar que el entorno sea seguro y cómodo para los pacientes, brindar asistencia en la movilidad de los pacientes, apoyar en procedimientos médicos, mantener el orden y realizar tareas administrativas esenciales para el funcionamiento eficiente del centro de salud. Su labor contribuye de manera significativa al bienestar de los pacientes y al funcionamiento general de la atención primaria.

Desempeña una función crucial que abarca diversas áreas y contribuye significativamente al funcionamiento efectivo de los centros de salud y consultorios médicos.

En última instancia, la contribución del celador a la atención primaria de salud

es invaluable. Su trabajo diario asegura que los pacientes reciban atención de alta calidad en un ambiente seguro y organizado. Esto, a su vez, permite que el personal médico y de enfermería se concentre en brindar un tratamiento médico eficaz, sabiendo que cuentan con un aliado esencial en la figura del celador. En resumen, el celador desempeña una función indispensable en la atención primaria de salud, promoviendo el bienestar y la satisfacción de los pacientes, y facilitando el funcionamiento general de los centros de salud.

6 Bibliografía

<http://celadoresonline.blogspot.com>
[/p/atencion-primaria.html](http://atencion-primaria.html). <https://revistamedica.com/>

Capítulo 614

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

GERARDO DÍAZ FUNEZ

1 Introducción

En el ámbito de la medicina cardiovascular, la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista emerge como un pilar fundamental en el diagnóstico y tratamiento de patologías cardíacas. Esta especialidad médica se destaca por su enfoque en procedimientos mínimamente invasivos que permiten abordar una amplia gama de enfermedades cardiovasculares con precisión y eficacia, minimizando los riesgos y reduciendo la necesidad de cirugías invasivas. En este contexto, el papel del celador en esta unidad cobra una importancia extraordinaria, ya que desempeña un rol multifacético que va más allá de la simple asistencia logística.

El escenario de la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista es un entorno médico altamente especializado y delicado, donde se realizan procedimientos tales como cateterismos cardíacos, angioplastias, implantación de stents y otros tratamientos cruciales para la salud cardiovascular de los pacientes. La precisión y la concentración son esenciales en este espacio, y el celador juega un papel esencial al asegurar que el ambiente sea propicio para el éxito de estos procedimientos. Esto implica la gestión de equipos médicos, la preparación de la sala de intervención y la asistencia en la movilización de pacientes, contribuyendo directamente a la eficiencia y la seguridad de los procedimientos.

El cuidado del paciente es una dimensión fundamental de la labor del celador en esta unidad. A menudo, los pacientes que llegan a la Hemodinámica y la Cardiología Intervencionista están atravesando momentos de gran ansiedad y preocupación debido a la naturaleza de sus condiciones cardíacas. En este contexto, el celador actúa como un apoyo emocional para los pacientes, ofreciendo comprensión, empatía y asegurando su comodidad durante su estancia en la unidad. Este aspecto humano de la labor del celador contribuye significativamente al bienestar general de los pacientes y al éxito de los tratamientos.

La comunicación efectiva y la coordinación con el personal médico son esenciales en la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. El celador sirve como un vínculo crucial entre los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, garantizando que todo el equipo trabaje en sincronía. Esto implica la transmisión de información importante, la preparación de materiales y equipos necesarios para los procedimientos, y la disposición a atender las necesidades cambiantes que pueden surgir durante una intervención cardíaca.

La responsabilidad del celador en mantener un ambiente seguro es innegable. En una unidad donde se utilizan equipos médicos de alta tecnología y se manejan sustancias delicadas, la atención a los detalles y el cumplimiento de protocolos de seguridad son vitales para evitar riesgos innecesarios. El celador se convierte en un guardián de la integridad del entorno de trabajo, contribuyendo a la prevención de incidentes que puedan poner en peligro a los pacientes o al personal médico.

2 Objetivos

- Exponer las funciones y la importancia del celador en la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo ,se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente ,se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos SCIELO,PUBMED y MEDLINE.

4 Resultados

A continuación se explica el rol del celador en la unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista:

El celador desempeña una función esencial en el funcionamiento eficiente y seguro de la unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, un entorno médico altamente especializado dedicado al diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares a través de procedimientos invasivos y técnicas avanzadas. Este profesional, aunque puede pasar desapercibido en comparación con el personal médico y de enfermería, tiene un impacto significativo en la calidad de atención que los pacientes reciben y en la eficacia general de la unidad.

Las responsabilidades del celador en esta unidad son multifacéticas y cruciales para garantizar el bienestar de los pacientes y la eficiencia de los procedimientos. Algunas de sus tareas más importantes incluyen:

1. ****Preparación de la sala de procedimientos:**** Antes de que comiencen los procedimientos, el celador colabora en la preparación de las salas. Esto implica asegurarse de que estén completamente limpias y desinfectadas, y que todos los equipos necesarios estén en su lugar y funcionando correctamente. La preparación adecuada de la sala es esencial para minimizar riesgos y garantizar un entorno estéril.
2. ****Traslado de pacientes:**** El celador es responsable de trasladar a los pacientes desde sus habitaciones hasta la sala de procedimientos y viceversa. Esta tarea debe realizarse con delicadeza y cuidado para asegurar la comodidad y seguridad de los pacientes, especialmente aquellos que pueden estar en condiciones delicadas de salud.
3. ****Asistencia durante los procedimientos:**** Durante los procedimientos, el celador trabaja en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería. Su función es proporcionar el equipo necesario, como instrumental médico o dispositivos, y seguir las indicaciones precisas del equipo médico. Esto garantiza que el procedimiento se realice sin interrupciones y que el paciente reciba la mejor atención posible.
4. ****Mantenimiento de la sala:**** Después de cada procedimiento, el celador se encarga de limpiar y desinfectar la sala de manera meticulosa. Esto es fundamental para prevenir infecciones y mantener los estándares de higiene más altos.

5. ****Transporte de suministros y muestras:**** El celador también se encarga de transportar suministros médicos y muestras de manera segura, asegurando que lleguen a donde se necesiten en el momento adecuado. Esto contribuye a la eficiencia de la unidad y al diagnóstico preciso de los pacientes.
6. ****Gestión de residuos biomédicos:**** En un entorno médico, la gestión adecuada de los residuos biomédicos es crucial para evitar riesgos para la salud. El celador sigue protocolos estrictos para la eliminación segura de residuos contaminados.
7. ****Atención a pacientes y visitantes:**** Además de sus responsabilidades técnicas, el celador a menudo actúa como la primera cara que ven los pacientes y sus familias al llegar a la unidad. Ofrecen orientación, información y apoyo emocional cuando es necesario, contribuyendo así a la experiencia global del paciente.
8. ****Seguridad del área:**** El celador desempeña un papel en la seguridad de la unidad, asegurándose de que solo el personal autorizado tenga acceso a las áreas críticas. Esto es especialmente importante en un entorno donde se manejan equipos médicos costosos y se llevan a cabo procedimientos delicados.

El rol del celador en la unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista va más allá de simples tareas logísticas. Su contribución es vital para mantener un ambiente seguro, limpio y eficiente, donde los pacientes pueden recibir atención médica de alta calidad en un entorno que promueve su bienestar. Su dedicación y atención a los detalles son esenciales para el éxito de la unidad y la salud de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en la unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista es esencial para el funcionamiento exitoso de este entorno médico altamente especializado. Aunque su trabajo puede pasar desapercibido en comparación con el personal médico y de enfermería, desempeña una serie de responsabilidades cruciales que contribuyen significativamente al bienestar de los pacientes y a la eficiencia de los procedimientos.

Desde la preparación y limpieza de las salas de procedimientos hasta el traslado cuidadoso de los pacientes, la asistencia durante los procedimientos y la gestión de residuos biomédicos, el celador desempeña un papel multifacético que garantiza un entorno estéril, seguro y eficaz para la atención cardiovascular. Además, su capacidad para brindar orientación y apoyo emocional a los pacientes y sus

familias agrega un componente humano valioso a su trabajo.

En última instancia, el celador en la unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista es un miembro indispensable del equipo de atención médica, cuyo compromiso y atención a los detalles son fundamentales para la calidad de la atención que se brinda en este entorno médico altamente especializado. Su contribución silenciosa pero esencial es una parte integral de la atención cardiovascular integral y efectiva.

6 Bibliografía

Hemodinámica Cardíaca. [Internet] HM hospitales [citado 16 junio 2023] Disponible en: 1. <https://www.hmhospitales.com/servicios-al-paciente/especialidades/especialidades/hemodinamica>.
Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. [Internet] Cardiología Puerta de Hierro [citado 17 junio 2023] Disponible en: 1. <https://www.hmhospitales.com/servicios-al-paciente/especialidades/especialidades/hemodinamica>.
Hemodinámica Diagnóstica e Intervencionista.[Internet] Vall d'Hebron [citado 17 junio 2023] Disponible en: <https://hospital.vallhebron.com/es/asistencia/especialidades/hemodinamica-diagnostica-e-intervencionista>.
Tema 1. El personal subalterno. Funciones del celador. [Internet] Formacurae [citado 8 junio 2023] Disponible en: <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-1.pdf>.

Capítulo 615

EL CELADOR EN LAS AYUDAS TÉCNICAS EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

GERARDO DÍAZ FUNEZ

1 Introducción

La labor del celador en el ámbito de la salud es fundamental para garantizar la calidad de la atención que reciben los pacientes en diversos contextos médicos. Sin embargo, cuando se trata de pacientes que han experimentado un accidente cerebrovascular (ACV), su papel adquiere una importancia aún mayor. El ACV, conocido también como ictus, es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial y se caracteriza por su súbita aparición y la afectación del flujo sanguíneo al cerebro, lo que puede tener graves consecuencias para la salud de quienes lo padecen.

Los pacientes que sobreviven a un ACV a menudo enfrentan desafíos significativos en su proceso de recuperación. Pueden experimentar discapacidades motoras, cognitivas y emocionales, lo que les hace depender en gran medida de la atención médica y las ayudas técnicas para mejorar su calidad de vida y, en muchos casos, recuperar habilidades perdidas. En este contexto, el celador se convierte en un eslabón esencial en la cadena de cuidado, desempeñando un rol crucial en el manejo de las ayudas técnicas destinadas a estos pacientes.

Las ayudas técnicas, que abarcan desde sillas de ruedas hasta dispositivos de comunicación asistida, son herramientas vitales para promover la independencia y la rehabilitación de los pacientes con ACV. El celador, como parte integral del equipo de atención médica, tiene la responsabilidad de facilitar el acceso de los

pacientes a estas ayudas técnicas, asegurándose de que estén disponibles cuando se necesiten y que se utilicen de manera adecuada.

Exploraremos en detalle la función crucial del celador en la gestión de las ayudas técnicas para pacientes con ACV. Analizaremos su rol en la evaluación de las necesidades de los pacientes, en la asistencia durante la adaptación y el uso de las ayudas técnicas, así como en la promoción de un entorno de cuidado que fomente la autonomía y la recuperación de aquellos que han enfrentado el desafío de un ACV. Además, examinaremos cómo el celador desempeña un papel emocionalmente solidario para estos pacientes y sus familias en un momento tan crítico de sus vidas. En definitiva, esta introducción busca arrojar luz sobre la importancia y la complejidad del trabajo del celador en el contexto de las ayudas técnicas para pacientes con ACV, reconociendo su papel como un pilar fundamental en la atención de la salud y el bienestar de quienes más lo necesitan.

2 Objetivos

- Nuestro principal objetivo es proporcionar al lector información detallada y educativa sobre este tema. Queremos que el lector adquiera un conocimiento sólido sobre el papel del celador en el contexto de las ayudas técnicas para pacientes con ACV.
- Queremos crear conciencia sobre la importancia de la atención y el apoyo adecuados para los pacientes que han sufrido un ACV.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del celador en el ámbito de las ayudas técnicas en pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) es fundamental para garantizar la comodidad, seguridad y bienestar de los pacientes. A continuación, se presentan algunos resultados clave relacionados con las responsabilidades y funciones del celador en este contexto:

- El celador puede ayudar a los pacientes con ACV en la movilización, utilizando sillas de ruedas, camas especiales o dispositivos de transferencia, garantizando que el paciente se desplace de manera segura y cómoda.
- El celador puede colaborar en la higiene diaria de los pacientes, facilitando la entrada y salida del baño, proporcionando materiales de aseo, y asegurando que el paciente esté limpio y cómodo.
- Los celadores pueden ayudar en la administración y control de dispositivos médicos como respiradores, sondas o equipos de monitorización, siguiendo las instrucciones del personal médico.
- Los celadores deben estar alerta y atentos a las necesidades de los pacientes con ACV, respondiendo rápidamente a cualquier cambio en su condición y notificando al personal médico en caso de emergencia.
- Los pacientes con ACV pueden experimentar ansiedad, confusión o miedo. Los celadores pueden brindar apoyo emocional, ofreciendo compañía y consuelo, y facilitando la comunicación con familiares y amigos.
- Es responsabilidad del celador asegurarse de que los dispositivos y equipos utilizados por el paciente estén en buen estado de funcionamiento y limpios.
- Los celadores deben llevar un registro de las actividades realizadas, como la movilización del paciente, la administración de medicamentos o cualquier otro procedimiento, para mantener un seguimiento preciso de la atención proporcionada.
- Trabajar en estrecha colaboración con el personal médico, enfermeras y terapeutas para garantizar una atención integral y coordinada para el paciente con ACV.
- Los celadores pueden brindar información básica sobre el uso de ayudas técnicas y dispositivos de asistencia a los pacientes y sus familias, promoviendo la autonomía y la seguridad en el hogar.
- Asegurar que se sigan todas las normativas de seguridad y protocolos de higiene para prevenir infecciones y accidentes en el entorno del paciente.

El celador desempeña un papel esencial en el cuidado y la asistencia de pacientes con ACV, contribuyendo a su bienestar físico y emocional, así como a la eficiencia de la atención médica. Su colaboración estrecha con el personal de salud y su capacidad para adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes son cruciales para garantizar una atención de calidad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del celador en la atención de pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) es de vital importancia en el proceso de cuidado y recu-

peración de estos individuos. Su presencia y sus acciones no solo facilitan la labor del personal médico y de enfermería, sino que también tienen un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y en su proceso de rehabilitación. Aquí, hemos resumido los puntos clave que demuestran la relevancia y la amplitud de las responsabilidades del celador en este contexto.

En primer lugar, el celador se convierte en una figura de apoyo físico y emocional para el paciente con ACV. Ayuda en la movilización, proporciona asistencia en la higiene personal y asegura que los pacientes se sientan cómodos y seguros. Esto no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también contribuye a prevenir complicaciones relacionadas con la inmovilidad y la falta de cuidado personal.

Además, el celador desempeña un papel crucial en la seguridad y el bienestar del paciente al controlar y mantener dispositivos médicos esenciales, como respiradores o equipos de monitorización. Su capacidad para seguir las instrucciones del personal médico y su atención constante a los dispositivos son fundamentales para garantizar que los pacientes reciban la atención y el tratamiento adecuados. La vigilancia constante es otra de las responsabilidades importantes del celador. Dado que los pacientes con ACV pueden experimentar cambios repentinos en su estado de salud, la capacidad del celador para reconocer signos de emergencia y notificar al personal médico a tiempo puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte en algunos casos.

El apoyo emocional brindado por el celador también es invaluable. Los pacientes con ACV a menudo experimentan ansiedad, depresión o confusión, y la presencia compasiva del celador puede ser reconfortante. Asimismo, el celador puede facilitar la comunicación entre el paciente y sus familiares, lo que es esencial para mantener el vínculo afectivo y el apoyo familiar durante el proceso de recuperación.

Además de estas funciones directas, el celador también se encarga del mantenimiento de equipos, el registro y la documentación de actividades, y la coordinación interdisciplinaria con otros miembros del equipo de salud. Esto garantiza un flujo de trabajo eficiente y una atención integral para el paciente con ACV.

Por último, el celador tiene un papel educativo al proporcionar información básica sobre el uso de ayudas técnicas y dispositivos de asistencia tanto al paciente como a sus familiares, promoviendo la autonomía y la seguridad en el hogar después de la hospitalización.

En resumen, el trabajo del celador en el contexto de las ayudas técnicas en pacientes con ACV es multifacético y esencial para el bienestar y la recuperación de los pacientes. Su presencia no solo alivia la carga del personal médico y de

enfermería, sino que también aporta un valioso apoyo físico y emocional, lo que hace que su contribución sea inestimable en la atención a personas que han experimentado un ACV.

6 Bibliografía

1. Calidad de vida de pacientes postictus y sus cuidadores. Opara JA, Jaracz K. J Med Life. 2010 Jul-Sep;3(3):216-20.
 2. Calidad de vida relacionada con la salud después de un ictus: revisión de la literatura y implicaciones para futuras investigaciones. Tseng MC, Lin HJ. Acta Neurol Taiwan. 2007 Mar;16(1):7-12.
- Medición de la calidad de vida en pacientes con ictus. Kranciukaite D, Rastenyte D. Medicina (Kaunas). 2006;42(9):709-16.

Capítulo 616

ECOGRAFÍA EN OBSTETRICIA: LA COMPETENCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO PARA EL DIAGNÓSTICO

GLORIA CERDÁ REQUENA

NATALIA DÍAZ PÉREZ

EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO

MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO

AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO

1 Introducción

La ecografía en obstetricia ha revolucionado por completo la atención médica durante el embarazo y se ha convertido en una herramienta esencial para el diagnóstico y el seguimiento del desarrollo fetal. En este contexto, el papel del técnico superior en imagen para el diagnóstico adquiere una relevancia crítica. Estos profesionales altamente capacitados son los encargados de llevar a cabo las exploraciones ecográficas que proporcionan información valiosa sobre la salud de la madre y el bienestar del feto.

La ecografía obstétrica permite obtener imágenes en tiempo real del útero y el feto, lo que facilita la detección temprana de posibles complicaciones, malformaciones o problemas de salud tanto en la madre como en el bebé. Además, ofrece a los padres la oportunidad única de ver a su futuro hijo antes de su nacimiento, lo que fortalece el vínculo emocional entre ellos y brinda tranquilidad y seguridad.

En este artículo, nos adentraremos en la complejidad y la importancia de la ecografía en obstetricia, y exploraremos en profundidad el rol vital desempeñado por los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico. Analizaremos las competencias esenciales que estos profesionales deben poseer, desde la manipulación de equipos de alta tecnología hasta la interpretación precisa de las imágenes ecográficas. También examinaremos cómo la comunicación efectiva con los pacientes y otros profesionales de la salud se convierte en una habilidad clave en este contexto, ya que permite brindar un apoyo integral y una atención de calidad durante todo el proceso prenatal.

2 Objetivos

- Proporcionar información precisa y comprensible sobre la ecografía en obstetricia y su importancia en el cuidado prenatal.
- Exponer la relevancia de la ecografía obstétrica en la salud materna y fetal.

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

La ecografía en obstetricia es una herramienta crucial en el campo de la salud materna, ya que permite realizar evaluaciones detalladas del feto y proporciona información esencial durante el embarazo. El técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) desempeña un papel fundamental en la realización de ecografías obstétricas y debe poseer una serie de competencias específicas para llevar a cabo esta tarea de manera efectiva. Aquí te proporciono algunos de los

resultados clave relacionados con la competencia del TSID en ecografía en obstetricia:

1. Conocimiento Anatómico: El TSID debe tener un conocimiento profundo de la anatomía fetal y materna para poder identificar estructuras clave y evaluar el desarrollo del feto.
2. Manejo de Equipos: Debe estar capacitado para operar y mantener equipos de ecografía de manera segura y eficiente, asegurando que las imágenes sean de alta calidad.
3. Interpretación de Imágenes: La capacidad para interpretar las imágenes de ecografía es esencial. El TSID debe identificar anomalías, calcular medidas precisas y evaluar el bienestar fetal.
4. Comunicación con el Paciente: Debe ser capaz de comunicar los procedimientos y resultados de manera clara y comprensible para los pacientes y sus familiares.
5. Ética y Privacidad: Debe respetar la privacidad del paciente y seguir estándares éticos estrictos al realizar ecografías en obstetricia.
6. ****Colaboración Interdisciplinaria****: Trabajar en estrecha colaboración con obstetras y otros profesionales de la salud para garantizar un enfoque integral en el cuidado prenatal.
7. Actualización Continua: Dado que la tecnología y las mejores prácticas en ecografía están en constante evolución, el TSID debe mantenerse actualizado con la formación continua y la educación profesional.
8. Habilidades de Comunicación: Debe ser capaz de brindar apoyo emocional a las pacientes durante las ecografías, especialmente en situaciones delicadas o cuando se detectan problemas.
9. Documentación Precisa: Debe mantener registros precisos de todas las ecografías realizadas y asegurarse de que estén disponibles para el equipo médico cuando sea necesario.
10. Seguridad Radiológica: Debe conocer y aplicar prácticas seguras en cuanto a la exposición a la radiación, especialmente en casos en los que sea necesario el uso de la ecografía Doppler.

En resumen, la competencia del técnico superior en imagen para el diagnóstico en ecografía en obstetricia es esencial para garantizar la salud y el bienestar de la madre y el feto durante el embarazo. Su conocimiento técnico, habilidades de comunicación y ética profesional son fundamentales para ofrecer atención de calidad en este importante campo de la medicina.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la ecografía en obstetricia es una herramienta médica invaluable en el cuidado prenatal, y el papel del técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) en este campo es esencial. La competencia del TSID en ecografía obstétrica abarca una amplia gama de habilidades y conocimientos que son críticos para proporcionar una atención de calidad a las mujeres embarazadas y sus bebés en desarrollo. A través de una formación sólida y continua, los TSID pueden adquirir las habilidades necesarias para llevar a cabo esta función vital de manera efectiva.

La base fundamental de la competencia del TSID en ecografía en obstetricia es un profundo conocimiento de la anatomía fetal y materna. Esto no solo implica el reconocimiento de estructuras anatómicas clave, sino también la capacidad de evaluar el desarrollo fetal y detectar posibles anomalías. Esta habilidad para identificar problemas potenciales en el feto temprano en el embarazo es esencial para la toma de decisiones médicas adecuadas y para garantizar un cuidado óptimo de la madre y el bebé.

Además de su conocimiento anatómico, los TSID deben ser expertos en el manejo de equipos de ecografía de última generación. Esto incluye la capacidad de operar y mantener los dispositivos de manera eficiente, garantizando que las imágenes sean claras y precisas. La calidad de las imágenes es crucial para la interpretación precisa y la toma de decisiones clínicas informadas.

La interpretación de imágenes de ecografía es una competencia central, ya que los TSID deben ser capaces de identificar anomalías y calcular medidas precisas. Esta capacidad va de la mano con la responsabilidad de comunicar los procedimientos y resultados de manera comprensible y sensible a los pacientes y sus familias. El TSID debe actuar como un puente entre la tecnología médica y las personas, proporcionando apoyo emocional cuando sea necesario y respondiendo a preguntas y preocupaciones.

La ética y la privacidad son valores fundamentales en la profesión del TSID en ecografía obstétrica. Deben mantener la confidencialidad de la información del paciente y adherirse a estándares éticos estrictos en todas las interacciones. Además, la colaboración interdisciplinaria con obstetras y otros profesionales de la salud es esencial para brindar un enfoque integral en el cuidado prenatal, lo que resalta la importancia de las habilidades de trabajo en equipo y comunicación.

El aprendizaje continuo y la actualización constante son necesarios en un campo médico que evoluciona rápidamente. Los TSID deben mantenerse al día con las últimas tecnologías y mejores prácticas para ofrecer el más alto nivel de atención posible. Esto incluye estar al tanto de los avances en ecografía, protocolos de seguridad y regulaciones en radiación.

Finalmente, la documentación precisa y la seguridad radiológica son aspectos críticos de la competencia del TSID en ecografía obstétrica. La documentación adecuada garantiza que los registros estén disponibles cuando se necesiten y contribuye a la continuidad de la atención. La seguridad radiológica es esencial para proteger a los pacientes y al personal de la exposición innecesaria a la radiación.

En resumen, el rol del TSID en ecografía en obstetricia es fundamental para garantizar el bienestar de las mujeres embarazadas y sus bebés. Su competencia abarca una amplia gama de áreas, desde el conocimiento anatómico hasta la ética profesional, y su contribución al cuidado prenatal es invaluable. A través de una formación rigurosa, la adquisición de habilidades técnicas y el compromiso con los más altos estándares éticos, los TSID desempeñan un papel vital en el proceso de atención médica durante el embarazo, brindando información crucial para la toma de decisiones médicas y apoyando a las futuras madres en su viaje hacia la maternidad.

6 Bibliografía

1. Ecografía en Obstetricia y Ginecología de Peter M. Doubilet y Carol B. Benson.
2. Ecografía en Medicina Materno-Fetal de Alfred Z. Abuhamad y Rabih Chaoui.
3. Ecografía en el Embarazo: Diagnóstico Prenatal y Obstétrico de Alfredo Ulloa Aguirre y Jorge L. Peña Herrera.
4. Ecografía Diagnóstica en Obstetricia y Ginecología de Carol B. Benson y Arthur C. Fleischer.
5. Manual de Ecografía Clínica de Josep Giné Servén.
6. Guía de Ecografía en Obstetricia y Ginecología de S. Evangelista y R. Borrell.

Capítulo 617

RADIACIÓN IONIZANTE Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO DESDE LA PERSPECTIVA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

GLORIA CERDÁ REQUENA

NATALIA DÍAZ PÉREZ

EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO

MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO

AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO

1 Introducción

La radiación ionizante es una herramienta esencial en el ámbito de la imagen para el diagnóstico médico, que desempeña un papel fundamental en la detección y evaluación de diversas condiciones de salud. Desde la perspectiva del técnico superior en imagen para el diagnóstico, es crucial comprender a fondo tanto los principios de la radiación ionizante como las medidas de seguridad necesarias

para proteger la salud del paciente y del personal médico involucrado en los procedimientos radiológicos.

La radiación ionizante, como los rayos X y los radioisótopos utilizados en la medicina nuclear, posee la capacidad de liberar energía suficiente para ionizar átomos y moléculas, lo que puede tener efectos biológicos perjudiciales si no se utiliza con precaución. Por esta razón, los técnicos en imagen para el diagnóstico desempeñan un papel esencial en la optimización de los procedimientos radiológicos. Esto implica ajustar cuidadosamente los parámetros de exposición para obtener imágenes de alta calidad con la menor cantidad de radiación posible, asegurando así un equilibrio óptimo entre la precisión diagnóstica y la seguridad del paciente.

En esta exploración más profunda, analizaremos los principios físicos detrás de la radiación ionizante, los riesgos asociados con su uso y las estrategias para minimizar la exposición a la radiación. También abordaremos las normativas y directrices establecidas por organismos reguladores, como la Comisión Internacional de Protección Radiológica (CIPR) y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en Estados Unidos, que rigen la práctica de la radiología y garantizan estándares de seguridad rigurosos.

A lo largo de este análisis, exploraremos cómo los técnicos en imagen para el diagnóstico desempeñan un papel fundamental en la promoción de prácticas seguras y eficaces en la obtención de imágenes médicas, contribuyendo así al bienestar de los pacientes y al avance de la medicina diagnóstica.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la seguridad del paciente durante el uso de la radiación ionizante.

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 radiación ionizante es un tema fundamental en el campo de la imagen para el diagnóstico médico. Desde la perspectiva del técnico superior en imagen para el diagnóstico, la seguridad del paciente es de suma importancia al utilizar esta tecnología. Aquí te proporciono algunos resultados clave relacionados con la radiación ionizante y la seguridad del paciente:

1. ****Principios de ALARA****: ALARA es un acrónimo que significa "tan bajo como sea razonablemente posible" (As Low As Reasonably Achievable). Este principio guía a los técnicos en la limitación de la exposición a la radiación ionizante, asegurando que se utilice la menor cantidad necesaria para obtener una imagen diagnóstica adecuada.
2. ****Dosis eficaz y dosis absorbida****: Los técnicos deben entender la diferencia entre la dosis eficaz (que tiene en cuenta la radiación recibida por todo el cuerpo) y la dosis absorbida (la cantidad de radiación que absorbe un tejido específico). Minimizar la dosis eficaz es esencial para la seguridad del paciente.
3. ****Protección radiológica****: Los técnicos deben seguir procedimientos y protocolos de protección radiológica para reducir la exposición a la radiación. Esto incluye el uso de delantales de plomo, protectores de tiroides y otros dispositivos de protección.
4. ****Calidad de imagen y reducción de dosis****: Es importante equilibrar la calidad de la imagen con la reducción de dosis. Los técnicos deben estar capacitados para ajustar parámetros como la exposición y la ganancia para obtener imágenes de alta calidad con la menor dosis posible.
5. ****Evaluación de riesgos y beneficios****: Antes de realizar cualquier estudio que implique radiación ionizante, los técnicos deben evaluar los riesgos y beneficios para el paciente. Esto implica considerar si los beneficios de la información diagnóstica superan los riesgos asociados con la radiación.
6. ****Comunicación con el paciente****: Los técnicos deben comunicar claramente a los pacientes sobre la naturaleza de los procedimientos que involucran radiación ionizante, los riesgos asociados y las medidas de protección utilizadas para garantizar su seguridad.
7. ****Actualización constante****: La tecnología médica evoluciona constantemente, y los técnicos deben mantenerse actualizados sobre las últimas técnicas y equipos.

que permiten la reducción de dosis y la mejora de la calidad de imagen.

8. ****Cumplimiento normativo****: Los técnicos deben cumplir con las regulaciones y estándares de seguridad radiológica establecidos por las autoridades sanitarias y los organismos reguladores.

9. ****Monitoreo y registro de dosis****: Se debe llevar un registro adecuado de las dosis de radiación administradas a los pacientes, lo que facilita la gestión de la seguridad radiológica a largo plazo.

10. ****Educación continua****: Los técnicos deben participar en programas de educación continua para mantener y mejorar sus conocimientos y habilidades en el manejo seguro de la radiación ionizante.

En resumen, la seguridad del paciente en imagen para el diagnóstico desde la perspectiva del técnico superior en imagen para el diagnóstico implica un enfoque cuidadoso en la minimización de la exposición a la radiación, la protección radiológica y la comunicación efectiva con el paciente. La capacitación constante y el cumplimiento de las regulaciones son esenciales para garantizar la seguridad en este campo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radiación ionizante y la seguridad del paciente en imagen para el diagnóstico son aspectos interdependientes y críticos en el ámbito de la atención médica. Los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico desempeñan un papel fundamental en garantizar que se obtengan imágenes diagnósticas de alta calidad mientras se minimiza la exposición a la radiación para el paciente. Esto se logra mediante la aplicación de principios ALARA, el uso de protección radiológica adecuada y la evaluación cuidadosa de riesgos y beneficios.

La educación continua y el cumplimiento de las regulaciones son esenciales para mantener altos estándares de seguridad en la práctica radiológica. La comunicación efectiva con el paciente, la capacidad de adaptarse a la evolución de la tecnología y la documentación precisa de las dosis de radiación son componentes clave para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes sometidos a estudios de imagen para el diagnóstico. En última instancia, el compromiso con la seguridad del paciente es una prioridad inquebrantable en el campo de la imagen para el diagnóstico.

6 Bibliografía

1. "Radiología Esencial" de Richard B. Gunderman y George Simon.
2. "Radiología para Técnicos: Física, Biología y Protección Radiológica" de Stewart C. Bushong.

Capítulo 618

IMÁGENES MÉDICAS 3D: LA REVOLUCIÓN EN LA VISUALIZACIÓN PARA EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

GLORIA CERDÁ REQUENA

NATALIA DÍAZ PÉREZ

EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO

MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO

AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO

1 Introducción

Como introducción a este trabajo de investigación, es importante destacar que en el ámbito de la medicina y el diagnóstico por imágenes, se ha experimentado una auténtica revolución gracias al avance tecnológico: la introducción de las imágenes médicas en tres dimensiones (3D). Este avance representa un cambio significativo en la forma en que los Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico adquieren, procesan y visualizan las imágenes médicas.

Históricamente, los profesionales de la salud han dependido en gran medida de imágenes bidimensionales (2D) para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Sin embargo, la llegada de las imágenes médicas en 3D ha marcado un

hito importante, permitiendo una visualización más completa y detallada del interior del cuerpo humano. Esta tecnología ha tenido un impacto significativo en la precisión diagnóstica, la planificación de tratamientos y la educación médica.

En este trabajo, examinaremos en detalle cómo las imágenes médicas en 3D están revolucionando la práctica de los Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico, proporcionándoles herramientas más poderosas y eficientes para asistir a los médicos en la toma de decisiones clínicas. Además, estas imágenes abren emocionantes oportunidades en el campo de la investigación médica. Los invitamos a acompañarnos en este viaje de descubrimiento a través de la transformación que suponen las imágenes médicas en 3D y su influencia en la atención médica contemporánea.

2 Objetivos

- Explorar cómo las imágenes médicas en 3D permiten una evaluación más precisa y detallada de patologías y condiciones médicas, lo que beneficia directamente al diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
- Analizar cómo estas imágenes en 3D son esenciales para planificar intervenciones quirúrgicas y tratamientos, permitiendo una mayor precisión y éxito en los procedimientos médicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Google Scholar, Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las imágenes médicas en formato 3D han transformado radicalmente la manera en que los expertos de la salud y profesionales en imagen para el diagnóstico abordan la observación y el análisis de las estructuras anatómicas y las afecciones del cuerpo humano. En este ámbito, se han producido notables avances que incluyen:

1. ****Tomografía Computarizada (TC) 3D****: Las técnicas de TC en 3D posibilitan la generación de representaciones tridimensionales a partir de imágenes tomadas

en secciones transversales, lo que facilita la apreciación más nítida y precisa de las estructuras anatómicas.

2. ****Resonancia Magnética (RM) 3D****: La RM en 3D proporciona una representación minuciosa de tejidos blandos, órganos y vasos sanguíneos en tres dimensiones, siendo especialmente valiosa en campos como la neuroimagenología y la cirugía.

3. ****Ultrasonido 3D****: El ultrasonido 3D se emplea para obtener imágenes tridimensionales del feto durante el embarazo, así como para la evaluación de otras estructuras anatómicas.

4. ****Visualización en Tiempo Real****: La capacidad de visualizar imágenes médicas en 3D en tiempo real durante procedimientos quirúrgicos ha elevado la precisión y seguridad de las intervenciones médicas.

5. ****Planificación Quirúrgica****: Las imágenes médicas en 3D se convierten en una herramienta esencial para la planificación de cirugías complejas, permitiendo a los cirujanos analizar detenidamente las estructuras previo a la intervención.

6. ****Telemedicina****: La visualización de imágenes médicas en 3D ha simplificado la colaboración entre profesionales de la salud situados en distintos lugares geográficos, lo que resulta particularmente valioso en escenarios de telemedicina y para la obtención de segundas opiniones.

Es fundamental resaltar que la interpretación y el análisis de imágenes médicas en 3D demandan la pericia de técnicos especializados en imagen para el diagnóstico, quienes deben estar capacitados para utilizar software de procesamiento de imágenes avanzado y tener un conocimiento sólido de la anatomía y las patologías del cuerpo humano.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las imágenes médicas en 3D han revolucionado la práctica médica al proporcionar una visión más detallada y precisa de las estructuras anatómicas y las patologías del cuerpo humano. Estos avances tecnológicos han mejorado la capacidad de diagnóstico, planificación de tratamientos y realización de intervenciones quirúrgicas, lo que a su vez ha aumentado la precisión y seguridad en la atención médica. Además, la colaboración a distancia facilitada por la visualización en 3D ha demostrado ser invaluable en situaciones de telemedicina y en

la búsqueda de opiniones médicas adicionales. Sin embargo, es esencial contar con profesionales altamente capacitados en la interpretación de estas imágenes y el manejo de software especializado para aprovechar al máximo los beneficios de esta tecnología en constante evolución. Las imágenes médicas en 3D representan un avance significativo en la medicina moderna, con un potencial continuo para mejorar la atención médica y el diagnóstico de enfermedades.

6 Bibliografía

1. "Imagenología para el diagnóstico" de William R. Hendee y E. Russell Ritenour.
2. "Tomografía computarizada: principios, diseño, artefactos y errores" de Paolo Righi y Luca M. Sconfienza.
3. "MRI in Practice" de Catherine Westbrook y Carolyn Kaut Roth.
4. "Radiología básica" de Michael Y. M. Chen y Thomas L. Pope.

Capítulo 619

IMPORTANCIA DE LA LOGOPEDIA EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA EN PERSONAS DEPENDIENTES

RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ

MARÍA TERESA MACÍAS JOAQUÍN

ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE

1 Introducción

Los programas de promoción de la autonomía en pacientes dependientes son esenciales para mejorar la calidad de vida y la dignidad de estas personas. Estos programas se centran en empoderar a los pacientes y fomentar su independencia en la medida de lo posible, incluso si requieren asistencia en ciertas áreas. Aquí se describen algunos aspectos clave de estos programas:

Evaluación individualizada: Cada paciente dependiente tiene necesidades y capacidades únicas. Es fundamental realizar una evaluación exhaustiva para comprender sus fortalezas y limitaciones. Esto permite diseñar un plan de atención personalizado.

Establecimiento de metas alcanzables: Junto con el paciente y sus familiares, se establecen metas realistas. Estas metas pueden incluir tareas diarias como vestirse

de forma independiente o participar en terapias de rehabilitación para mejorar la movilidad.

Entrenamiento y apoyo: Los programas proporcionan entrenamiento y apoyo continuo a los pacientes para desarrollar habilidades prácticas. Esto puede involucrar terapia ocupacional, fisioterapia o terapia de lenguaje, según las necesidades individuales.

Tecnología asistencial: La tecnología desempeña un papel importante en la promoción de la autonomía. Los pacientes pueden recibir dispositivos de asistencia como sillas de ruedas eléctricas, dispositivos de comunicación o adaptaciones en el hogar.

Apoyo psicosocial: La promoción de la autonomía no se trata solo de habilidades físicas, sino también de bienestar emocional. Los pacientes reciben apoyo psicológico para enfrentar los desafíos emocionales que pueden surgir debido a su dependencia.

Participación activa: Involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre su atención y objetivos es esencial. Esto les da un sentido de control y autoestima.

Educación continua: Tanto los pacientes como sus cuidadores reciben educación continua sobre cómo abordar las necesidades cambiantes a medida que evoluciona la dependencia.

Los programas de promoción de la autonomía en pacientes dependientes tienen como objetivo maximizar su independencia y calidad de vida. Estos programas reconocen la dignidad inherente de cada individuo y trabajan para superar las barreras que puedan limitar su participación plena en la sociedad.

2 Objetivos

Explicar las funciones del logopeda en los programas de promoción de la autonomía en personas dependientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 los programas de promoción de la autonomía en pacientes dependientes, ya que la comunicación es esencial para la independencia y la calidad de vida. Aquí se detallan sus funciones clave:

Evaluación de las habilidades de comunicación: El logopeda realiza una evaluación exhaustiva de las habilidades lingüísticas, cognitivas y de comunicación del paciente dependiente. Esto incluye la comprensión y expresión del lenguaje, la articulación, la fluidez del habla y las habilidades de lectura y escritura.

Establecimiento de objetivos individuales: En colaboración con el paciente y su equipo de atención, el logopeda establece objetivos específicos y alcanzables para mejorar las habilidades de comunicación. Estos objetivos pueden incluir la capacidad de expresar necesidades y deseos, comprender instrucciones médicas o participar en conversaciones cotidianas.

Terapia de comunicación personalizada: Se desarrolla un plan de tratamiento individualizado que puede incluir ejercicios de pronunciación, estrategias para mejorar la comprensión del lenguaje, técnicas de comunicación alternativa o adaptaciones tecnológicas, como dispositivos de comunicación asistida.

Apoyo emocional y motivación: Los pacientes dependientes pueden enfrentar desafíos emocionales al experimentar dificultades en la comunicación. El logopeda ofrece apoyo emocional y motiva al paciente a participar activamente en la terapia, promoviendo la autoestima y la confianza.

Entrenamiento a cuidadores y familiares: El logopeda educa a los cuidadores y familiares sobre cómo comunicarse de manera efectiva con el paciente y cómo apoyar su desarrollo lingüístico y de comunicación en la vida diaria.

Monitoreo y ajuste: El logopeda realiza un seguimiento regular del progreso del paciente y ajusta el plan de tratamiento según sea necesario. Esto garantiza que las estrategias terapéuticas sean efectivas y se adapten a las cambiantes necesidades del paciente.

Promoción de la independencia: El objetivo final del logopeda es capacitar al pa-

ciente para que se comunique de manera más efectiva y se vuelva lo más independiente posible. Esto puede incluir la enseñanza de estrategias de comunicación en situaciones de la vida diaria, como la interacción en la comunidad o en el hogar.

En conjunto, estas funciones del logopeda contribuyen significativamente a la promoción de la autonomía en pacientes dependientes, permitiéndoles participar activamente en su entorno y mejorar su calidad de vida a través de una comunicación efectiva.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar el éxito de los programas de autonomía en pacientes dependientes, es esencial que el logopeda brinde orientación y apoyo integral. Aquí se presentan recomendaciones clave:

En primer lugar, la comunicación abierta y colaborativa con otros profesionales de atención médica es esencial. Trabajar en equipo con terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y médicos permite una atención integral y coordinada para abordar las diversas necesidades del paciente.

En segundo lugar, es fundamental adaptar las estrategias de tratamiento a las capacidades y limitaciones individuales de cada paciente. Esto significa personalizar el enfoque terapéutico y establecer metas realistas que se alineen con las habilidades y objetivos del paciente.

Además, fomentar la participación activa del paciente y sus familiares en el proceso terapéutico es esencial. Brindar educación sobre las estrategias de comunicación efectiva y cómo aplicarlas en la vida cotidiana ayuda a empoderar a los pacientes y sus seres queridos.

El logopeda desempeña un papel fundamental en los programas de autonomía de pacientes dependientes al mejorar sus habilidades de comunicación. Al trabajar en colaboración, personalizar el tratamiento y empoderar a los pacientes, se puede lograr un funcionamiento más efectivo de estos programas y mejorar la calidad de vida de quienes dependen de ellos.

6 Bibliografía

1. Cobas, C. L., & Gárciga, A. (2020). El logopeda en la institución educativa. Editorial Pueblo y Educación.

Capítulo 620

PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN EN COMEDORES ESCOLARES

RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ

MARÍA TERESA MACÍAS JOAQUÍN

ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE

1 Introducción

Los problemas de deglución en comedores escolares se refieren a las dificultades que algunos niños pueden experimentar al tragar alimentos y líquidos durante las comidas en el entorno escolar. Estos problemas pueden tener diversas causas, desde condiciones médicas subyacentes hasta dificultades en el desarrollo. La importancia de abordarlos radica en garantizar que los niños reciban la nutrición adecuada y puedan disfrutar de una experiencia de comida segura y cómoda en la escuela.

Las causas de los problemas de deglución en comedores escolares pueden incluir trastornos neuromusculares, problemas anatómicos, alergias alimentarias, ansiedad o incluso hábitos alimentarios inadecuados. Los síntomas pueden variar desde la tos o el atragantamiento frecuente hasta la dificultad para masticar y tragar los alimentos correctamente.

Para abordar estos problemas, es esencial la colaboración entre padres, personal escolar y profesionales de la salud. Los logopedas y terapeutas ocupacionales

pueden desempeñar un papel crucial en la evaluación y el tratamiento de los problemas de deglución en niños, ofreciendo estrategias y ejercicios para mejorar la función de la deglución.

Los problemas de deglución en comedores escolares son dificultades en tragar alimentos y líquidos que pueden afectar la nutrición y la experiencia alimentaria de los niños en la escuela. Identificar las causas subyacentes y colaborar con profesionales de la salud es fundamental para abordar estos problemas y garantizar que los niños puedan disfrutar de comidas seguras y nutritivas en el entorno escolar.

2 Objetivos

Conocer las funciones del logopeda en la prevención de los problemas de deglución en los comedores escolares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 fundamental en la evaluación y tratamiento de los problemas de deglución en comedores escolares. Sus funciones abarcan diversas áreas para garantizar que los niños puedan disfrutar de comidas seguras y nutritivas en el entorno escolar.

Evaluación de la deglución: El logopeda realiza una evaluación exhaustiva de la deglución de los niños afectados. Esto incluye observar su forma de tragar alimentos y líquidos, identificar posibles problemas anatómicos o funcionales, y determinar si hay riesgo de aspiración (ingreso de alimentos o líquidos en las vías respiratorias).

Planificación de intervención individualizada: Basándose en la evaluación, el logopeda desarrolla un plan de tratamiento individualizado para cada niño. Esto puede incluir ejercicios y técnicas específicas para mejorar la coordinación y fuerza de los músculos utilizados en la deglución.

Entrenamiento de técnicas de alimentación segura: El logopeda trabaja en estrecha colaboración con los cuidadores y el personal del comedor escolar para enseñarles técnicas de alimentación segura. Esto implica modificar la consistencia de los alimentos y líquidos, adaptar la posición del niño durante las comidas y proporcionar pautas sobre la supervisión adecuada.

Apoyo emocional: Los problemas de deglución pueden ser frustrantes y estresantes para los niños y sus familias. El logopeda ofrece apoyo emocional y educación sobre la importancia de abordar estos problemas de manera efectiva, lo que puede ayudar a reducir la ansiedad relacionada con las comidas.

Seguimiento y ajuste del tratamiento: El logopeda realiza un seguimiento regular del progreso del niño y ajusta el plan de tratamiento según sea necesario. Esto asegura que las estrategias terapéuticas sean efectivas y se adapten a las cambiantes necesidades del niño.

Colaboración interdisciplinaria: El logopeda trabaja en equipo con otros profesionales de la salud, como terapeutas ocupacionales y dietistas, para abordar de manera integral los problemas de deglución. Esta colaboración asegura un enfoque completo para mejorar la alimentación y la nutrición de los niños.

El logopeda desempeña un papel esencial en la identificación y tratamiento de los problemas de deglución en comedores escolares. A través de la evaluación, la planificación de intervenciones individualizadas y la colaboración con otros profesionales, contribuye significativamente a garantizar una experiencia alimentaria segura y satisfactoria para los niños en el entorno escolar.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir problemas de deglución en comedores escolares, es crucial implementar estrategias preventivas y educativas. Aquí hay algunas recomendaciones clave:

En primer lugar, fomentar la educación y la conciencia entre el personal del comedor escolar es esencial. El personal debe estar capacitado para identificar señales

de problemas de deglución y conocer las pautas para una alimentación segura.

En segundo lugar, es importante ofrecer opciones de alimentos que sean adecuadas para todos los niños, incluidos aquellos con problemas de deglución. Esto implica proporcionar alimentos de diferentes consistencias y texturas para adaptarse a las necesidades individuales de los niños.

Además, se deben establecer entornos de comedor tranquilos y sin distracciones, lo que facilita una alimentación más consciente y segura. Los niños deben tener suficiente tiempo para comer y ser supervisados de cerca durante las comidas.

La prevención de problemas de deglución en comedores escolares se basa en la capacitación del personal, la disponibilidad de opciones de alimentos adecuadas y la creación de entornos de comedor seguros y conscientes. Al seguir estas recomendaciones, se puede ayudar a garantizar que todos los niños disfruten de comidas seguras y nutritivas en la escuela.

6 Bibliografía

1. Cobas, C. L., & Gárciga, A. (2020). El logopeda en la institución educativa. Editorial Pueblo y Educación.

Capítulo 621

ELECTROESTIMULACIÓN EN LOGOPEDIA

MARÍA TERESA MACÍAS JOAQUÍN

ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE

RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La electroestimulación en logopedia es una técnica que se utiliza para tratar trastornos de la comunicación y la deglución, así como para fortalecer los músculos implicados en la producción del habla y la voz. Consiste en aplicar corriente eléctrica de baja intensidad a través de electrodos en áreas específicas de la cara y el cuello.

Esta técnica se utiliza en casos de disfunción neuromuscular, como parálisis facial, debilidad muscular en la deglución o trastornos de la voz. La corriente eléctrica estimula los músculos de manera controlada, lo que puede ayudar a mejorar la fuerza y coordinación muscular, facilitando así la producción del habla y la deglución.

La electroestimulación en logopedia se lleva a cabo bajo la supervisión de un logopeda o terapeuta del habla altamente capacitado, quien ajusta la intensidad y la duración de la estimulación de acuerdo con las necesidades individuales del paciente. Es importante destacar que esta técnica se utiliza como complemento a otras terapias de logopedia y no como un tratamiento independiente.

La electroestimulación en logopedia es una técnica que puede ser beneficiosa en el tratamiento de trastornos neuromusculares relacionados con la comunicación y la deglución. Sin embargo, su aplicación debe ser cuidadosamente supervisada por un profesional de la salud especializado en logopedia para garantizar resultados seguros y efectivos.

2 Objetivos

Explicar las funciones del logopeda durante la técnica de la electroestimulación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del logopeda en la electroestimulación son vitales para garantizar resultados efectivos y seguros en el tratamiento de trastornos de la comunicación y la deglución. Aquí se detallan sus funciones en este contexto:

Evaluación exhaustiva: El logopeda comienza por realizar una evaluación completa del paciente para determinar la naturaleza y la gravedad de su trastorno de comunicación o deglución. Esto incluye la identificación de áreas problemáticas y la determinación de si la electroestimulación es la opción adecuada.

Diseño de un plan de tratamiento personalizado: Basándose en la evaluación, el logopeda elabora un plan de tratamiento específico para las necesidades individuales del paciente. Esto incluye la decisión de utilizar la electroestimulación y la definición de los objetivos terapéuticos.

Selección de parámetros de electroestimulación: El logopeda es responsable de ajustar los parámetros de la electroestimulación, como la intensidad de la corriente, la frecuencia y la duración de las sesiones. Estos ajustes se realizan de manera individualizada para garantizar la seguridad y la eficacia.

Aplicación de la electroestimulación: Durante las sesiones de tratamiento, el logopeda coloca cuidadosamente los electrodos en las áreas específicas de la cara y el cuello del paciente. Supervisa de cerca la administración de la corriente eléctrica para evitar cualquier molestia o efecto secundario no deseado.

Monitoreo y ajustes continuos: A lo largo del tratamiento, el logopeda monitorea el progreso del paciente y realiza ajustes en los parámetros de electroestimulación según sea necesario. Esto garantiza que el tratamiento sea efectivo y se adapte a las necesidades cambiantes del paciente.

Terapia complementaria: La electroestimulación se utiliza generalmente en conjunto con otras técnicas de logopedia, como ejercicios de vocalización, terapia de deglución y terapia del habla. El logopeda coordina estas terapias para abordar de manera integral el trastorno del paciente.

Educación y apoyo al paciente: El logopeda desempeña un papel importante al educar al paciente y a sus familiares sobre el proceso de electroestimulación, sus objetivos y los resultados esperados. Proporciona orientación sobre cómo continuar con ejercicios y prácticas recomendadas fuera de las sesiones de tratamiento.

El logopeda desempeña un papel fundamental en la electroestimulación, asegurando que esta técnica se aplique de manera segura y eficaz para mejorar la comunicación y la deglución de los pacientes con trastornos. Su experiencia y supervisión son esenciales para lograr resultados positivos y la recuperación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento de la electroterapia en logopedia, es crucial seguir estas recomendaciones:

En primer lugar, es fundamental realizar una evaluación exhaustiva y precisa de cada paciente para determinar si la electroterapia es apropiada y establecer los objetivos terapéuticos específicos. Cada individuo tiene necesidades únicas, y un enfoque personalizado es esencial.

En segundo lugar, la elección de los parámetros de la electroterapia, como la intensidad de la corriente y la duración de las sesiones, debe basarse en la evaluación inicial y adaptarse a las capacidades y comodidad del paciente. La seguridad es primordial, y el logopeda debe supervisar de cerca cada sesión.

Además, la electroterapia se debe integrar de manera coherente en un plan de tratamiento más amplio que incluya otras técnicas de logopedia. Esto garantiza una abordaje completo de los trastornos de comunicación y deglución.

Finalmente, el logopeda debe proporcionar orientación y apoyo al paciente y a sus cuidadores, educándolos sobre la técnica, sus beneficios y cómo pueden continuar practicando ejercicios y técnicas fuera de las sesiones de electroterapia.

En conjunto, estas recomendaciones aseguran que la electroterapia en logopedia sea efectiva, segura y beneficiosa para el paciente, ayudándole a recuperar o mejorar sus habilidades de comunicación y deglución.

6 Bibliografía

1. Cobas, C. L., & Gárciga, A. (2020). El logopeda en la institución educativa. Editorial Pueblo y Educación.

Capítulo 622

REVISIÓN POR EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO. CARBAPENEMASAS

ESTELA FERNÁNDEZ ROMÁN

ANTONIO GARCIA BLEDA

RAQUEL FUENTES SANTURDE

VANESA GÓMEZ MORALES

JORGE MARTÍ CALLADO

1 Introducción

La revisión por parte del Técnico Superior Sanitario en Laboratorio de Carbapenemasas es un proceso crítico y complejo que desempeña un papel fundamental en la gestión de la resistencia bacteriana a los antibióticos, una de las amenazas más apremiantes para la salud global. Las carbapenemasas son un grupo de enzimas que tienen la capacidad única de degradar los antibióticos carbapenémicos, que se consideran la última línea de defensa en el tratamiento de infecciones causadas por bacterias resistentes a otros antibióticos. La presencia de carbapenemasas en patógenos bacterianos puede convertir incluso las infecciones comunes en amenazas mortales, ya que limita significativamente las opciones de tratamiento.

El Técnico Superior Sanitario en Laboratorio desempeña un papel fundamental en la detección temprana y la identificación precisa de estas enzimas en las mues-

tras clínicas. Esto implica una serie de responsabilidades clave, que incluyen la recolección y el procesamiento adecuado de muestras biológicas, la aplicación de técnicas de laboratorio avanzadas, como la espectrometría de masas o la PCR en tiempo real, y la interpretación de los resultados obtenidos. Además, es fundamental mantenerse actualizado sobre las cepas bacterianas emergentes y las variantes de carbapenemasas, ya que la resistencia bacteriana es un fenómeno en constante evolución.

La detección oportuna de carbapenemasas es esencial para varios aspectos de la atención médica moderna. En primer lugar, permite a los médicos tomar decisiones terapéuticas informadas, eligiendo los tratamientos adecuados y evitando el uso innecesario de antibióticos. Esto no solo mejora la calidad de la atención al paciente, sino que también contribuye a la reducción de los costos de atención médica y al aumento de la eficiencia hospitalaria. En segundo lugar, la identificación de carbapenemasas es crucial en la prevención de la propagación de cepas bacterianas resistentes a los antibióticos en entornos clínicos, como hospitales y centros de atención a largo plazo. El control de la infección y las medidas de bioseguridad se vuelven aún más críticos cuando se detectan casos de resistencia a carbapenémicos.

En esta revisión, exploraremos en detalle las diversas técnicas, métodos y protocolos que un Técnico Superior Sanitario en Laboratorio debe dominar para llevar a cabo con éxito la detección de carbapenemasas. También discutiremos los desafíos inherentes a esta tarea, como la interpretación de resultados, la gestión de equipos de laboratorio especializados y la importancia de la colaboración interdisciplinaria en el combate contra la resistencia bacteriana. La revisión por parte del Técnico Superior Sanitario en Laboratorio de Carbapenemasas se erige como un componente esencial en la protección de la salud pública y en la lucha continua contra la propagación de cepas bacterianas resistentes a los antibióticos, y su dominio es de suma importancia en el campo de la atención médica moderna.

2 Objetivos

- Exponer información acerca de las carbapenemasas en muestras clínicas, tipos, detección y tratamiento.
- Proporcionar información para que se puedan elegir los antibióticos más efectivos en casos de infecciones bacterianas resistentes a otros tratamientos, lo que mejora las posibilidades de recuperación 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 1991, en Japón, se identificaron las primeras carbapenemasas de origen plasmídico, inicialmente en la bacteria *Pseudomonas aeruginosa* y posteriormente en diversas especies de enterobacterias como *Serratia marcescens*, *Pseudomonas putida* y *Achromobacter xylosoxidans*. Estas enzimas fueron clasificadas como metalo-betalactamasas, perteneciendo al grupo 3 de Bush y Jacoby, y se les dio el nombre de IMP-1. El gen responsable de estas enzimas estaba ubicado en un integrón que formaba parte de plásmidos transferibles. Hasta la fecha, se han identificado 29 variantes de las enzimas IMP, siendo más comunes en *Pseudomonas aeruginosa* que en las enterobacterias.

En 1997, en Italia, se descubrió una enzima similar de clase B en *Pseudomonas aeruginosa*, llamada VIM-1, cuyo gen se asocia a integrones de clase 1. Posteriormente, se encontró esta enzima en Corea, en *Serratia marcescens*, y en Grecia, en *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*, distribuyéndose ampliamente en diferentes países, especialmente en Europa. Se han descrito al menos 27 variantes de las enzimas VIM, siendo VIM-2 una de las más comunes, presente principalmente en *Pseudomonas aeruginosa* pero también en *Acinetobacter baumannii* y enterobacterias. En España, se han identificado tanto enzimas del tipo IMP en *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii* como del tipo VIM en diversas enterobacterias, *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii*, y se han observado brotes epidémicos que involucran diferentes clones de *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* y *Enterobacter cloacae*.

Además, se ha descrito una variante llamada NDM-2 en este grupo. Otro grupo significativo de carbapenemasas pertenece a la clase A, con las denominadas KPC (carbapenemasas de *Klebsiella pneumoniae*) como las más epidemiológicamente relevantes, inicialmente encontradas en *Klebsiella pneumoniae*. Hasta el momento, se han identificado once variantes, siendo KPC-1 y KPC-2 las más frecuentes. También existen variantes en el grupo de las OXA (clase D de Ambler

y 2df de Bush y Jacoby) que pueden hidrolizar los carbapenémicos. Destacan las variantes de los subgrupos OXA-23, OXA-24, OXA-58, OXA-143 y, en menor medida, OXA-51, que se encuentran en *Acinetobacter* spp., y especialmente la OXA-48, que se ha descrito en enterobacterias en países del área mediterránea.

La resistencia a los antibióticos, especialmente cuando se combina con la resistencia a múltiples familias de antibióticos, se ha convertido en una preocupación prioritaria para pacientes, la comunidad en general, profesionales de la salud y las autoridades de salud pública. En los últimos años, la resistencia antibiótica ha experimentado un aumento notable, llegando a ser considerada una emergencia sanitaria por todas las principales agencias de salud a nivel internacional. Un grupo de bacterias conocidas como enterobacterias es una de las familias bacterianas que más frecuentemente muestran resistencia a varios tipos de antibióticos.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión principal es que la resistencia a los antibióticos, especialmente cuando afecta a múltiples familias de antibióticos, representa una seria amenaza para la salud pública y la atención médica en general. El aumento en la resistencia antibiótica es un problema global que ha sido reconocido por organizaciones de salud a nivel internacional. La mención específica de las enterobacterias destaca que estas bacterias son particularmente problemáticas debido a su alta tasa de resistencia a los antibióticos.

Es imperativo abordar y combatir la resistencia a los antibióticos de manera efectiva, promoviendo el uso responsable de estos medicamentos, desarrollando nuevas terapias y estrategias de prevención, y promoviendo la conciencia sobre la importancia de este problema en la comunidad médica y en la sociedad en general. La resistencia antibiótica no solo afecta a los pacientes, sino que también tiene implicaciones significativas para la salud pública en su conjunto.

6 Bibliografía

1. https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientos_microbiologia/seimc_procedimiento_microbiologia38.pdf.
2. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-la-amenaza-enterobacterias-productoras-carbapenemasas->

S0213005X14000809.

Capítulo 623

PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES POR EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO

ESTELA FERNÁNDEZ ROMÁN

ANTONIO GARCIA BLEDA

RAQUEL FUENTES SANTURDE

VANESA GÓMEZ MORALES

JORGE MARTÍ CALLADO

1 Introducción

La prueba de sangre oculta en heces, también conocida como test de sangre oculta en heces o, simplemente, guayacol o Hemoccult, es un procedimiento diagnóstico crítico en el campo de la medicina, utilizado para la detección precoz de una serie de condiciones médicas, entre las que se incluyen los trastornos gastrointestinales y el cáncer colorrectal, una de las principales causas de mortalidad relacionada con el cáncer en todo el mundo. En este contexto, los Técnicos Superiores Sanitarios en Laboratorio se erigen como actores fundamentales en el proceso de realización de esta prueba, desempeñando un rol crucial en la atención médica y la promoción de la salud.

El cáncer colorrectal, en particular, es una enfermedad que puede desarrollarse asintómicamente durante años antes de manifestar síntomas evidentes. Por lo

tanto, la detección temprana a través de pruebas de detección, como la prueba de sangre oculta en heces, se ha convertido en una herramienta vital para aumentar las posibilidades de un diagnóstico oportuno y, en última instancia, mejorar las tasas de supervivencia de los pacientes. Esta prueba busca identificar la presencia de pequeñas cantidades de sangre que pueden no ser visibles a simple vista en las heces, lo que podría indicar la presencia de una lesión en el tracto gastrointestinal.

Los Técnicos Superiores Sanitarios en Laboratorio son profesionales altamente capacitados y especializados en la realización de una amplia variedad de análisis clínicos, incluida la prueba de sangre oculta en heces. Su conocimiento y experiencia en técnicas de laboratorio, manipulación de muestras y aplicación de protocolos específicos son cruciales para garantizar la precisión y la confiabilidad de los resultados de esta prueba. Además, estos técnicos están comprometidos con la ética y el cumplimiento de los estándares de calidad, lo que garantiza que los pacientes reciban resultados precisos y confiables.

La ejecución de la prueba de sangre oculta en heces implica una serie de pasos meticulosos, que incluyen la preparación de las muestras, la aplicación de reactivos específicos y la interpretación de los resultados. Cualquier error en este proceso podría tener graves consecuencias para el paciente, por lo que la habilidad y la precisión de los Técnicos Superiores Sanitarios en Laboratorio son de suma importancia.

2 Objetivos

- Informar sobre los pasos que un técnico superior sanitario en laboratorio seguiría al realizar la prueba de sangre oculta en heces.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 prueba de sangre oculta en heces es un procedimiento común realizado por técnicos superiores sanitarios en laboratorios clínicos para detectar la presencia de sangre no visible a simple vista en las heces. Esta prueba se utiliza principalmente como una herramienta de detección temprana para posibles problemas gastrointestinales, como sangrado gastrointestinal superior o inferior, pólipos colorrectales o cáncer de colon. A continuación, se describen los pasos típicos que un técnico superior sanitario en laboratorio seguiría al realizar la prueba de sangre oculta en heces:

1. Preparación del paciente: El paciente suele recibir instrucciones específicas para prepararse para la prueba. Esto puede incluir restricciones dietéticas, como evitar ciertos alimentos y medicamentos durante un período de tiempo determinado antes de la prueba.
2. Recolección de la muestra: El paciente recoge una muestra de heces en un recipiente proporcionado por el laboratorio. Es importante que el paciente siga las instrucciones de recolección de muestras con precisión.
3. Procesamiento de la muestra: El técnico sanitario de laboratorio recibe la muestra de heces y procede a procesarla. Esto puede incluir la dilución de la muestra en un reactivo especial.
4. Prueba de laboratorio: Se realizan pruebas químicas en la muestra para detectar la presencia de sangre oculta. La sangre en las heces puede ser el resultado de una serie de condiciones, por lo que esta prueba ayuda a identificar posibles problemas.
5. Interpretación de resultados: Una vez completada la prueba, el técnico evalúa los resultados. Si se detecta sangre oculta, se considera un resultado positivo. La cantidad de sangre y otros factores pueden influir en la interpretación de los resultados.
6. Comunicación de resultados: Los resultados se informan al médico que solicitó la prueba. El médico utilizará esta información para realizar un diagnóstico adecuado y decidir el siguiente curso de acción, como realizar pruebas adicionales o procedimientos.

Es importante destacar que una prueba de sangre oculta en heces positiva no significa necesariamente que una persona tenga cáncer colorrectal u otro problema

grave. Puede haber otras causas de sangre oculta en las heces, como hemorroides, úlceras gástricas o pequeños sangrados en el tracto gastrointestinal. Por lo tanto, es fundamental que un médico interprete los resultados y decida el plan de atención adecuado.

Si tienes alguna pregunta o necesitas información adicional sobre la prueba de sangre oculta en heces, no dudes en preguntar.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la prueba de sangre oculta en heces, realizada por técnicos superiores sanitarios en laboratorios clínicos, es un procedimiento importante de detección temprana de posibles problemas gastrointestinales, como sangrado gastrointestinal, pólipos colorrectales o cáncer de colon. Esta prueba es valiosa porque puede identificar sangre que no es visible a simple vista en las heces, lo que permite la detección de afecciones en etapas tempranas cuando son más tratables.

Sin embargo, es esencial comprender que una prueba de sangre oculta en heces positiva no es un diagnóstico definitivo de una enfermedad grave. Puede haber varias causas de sangre oculta en las heces, algunas de las cuales son menos preocupantes que otras. Por lo tanto, la interpretación de los resultados por parte de un médico y la realización de pruebas adicionales son pasos cruciales en la atención médica.

En última instancia, la prueba de sangre oculta en heces desempeña un papel fundamental en la prevención y detección temprana de enfermedades gastrointestinales, lo que puede mejorar las posibilidades de un tratamiento exitoso y una mejor calidad de vida para los pacientes.

6 Bibliografía

1.Lab Tests Online [Internet]. Washington D.C.: American Association for Clinical Chemistry; c2001–2017. Prueba de Sangre Oculta en Heces y Prueba Inmunocromatográfica de Sangre en Heces: La Muestra de la Prueba; [actualizado el 30 de octubre de 2015; citado el 18 de febrero de 2017]; [alrededor de 3 pantallas].

2.American Cancer Society [Internet]. Atlanta: American Cancer Society Inc.; c2017. Pruebas de Detección de Cáncer Colorrectal; [actualizado el 24 de junio de 2016; citado el 18 de febrero de 2017]; [alrededor de 8 pantallas]. Disponible en:

3.Hinkle J, Cheever K. Manual de Pruebas de Laboratorio y Diagnóstico de Brunner & Suddarth. 2da Ed, Kindle. Filadelfia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; c2014. Prueba de Sangre Oculta en Heces (FOBT); p. 292.

Capítulo 624

MUESTRAS BIOLÓGICAS PARA PRUEBAS DE LABORATORIO PARA EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO

ESTELA FERNÁNDEZ ROMÁN

ANTONIO GARCIA BLEDA

RAQUEL FUENTES SANTURDE

VANESA GÓMEZ MORALES

JORGE MARTÍ CALLADO

1 Introducción

En el intrincado mundo de la medicina y la atención médica, las muestras biológicas son la piedra angular en la búsqueda de respuestas. Son los puntos de partida para diagnósticos precisos, seguimiento de enfermedades y evaluación de la efectividad de tratamientos. Sin embargo, detrás de cada muestra hay un proceso meticuloso y especializado que requiere de expertos altamente capacitados para garantizar su adecuado manejo, procesamiento y análisis. En este contexto, los técnicos superiores sanitarios en laboratorio juegan un papel esencial en la obtención y preparación de estas muestras, contribuyendo significativamente a la toma de decisiones médicas.

Las muestras biológicas abarcan una amplia variedad de materiales, desde sangre y orina hasta tejidos, líquidos corporales, muestras genéticas y microbiológicas. Cada una de ellas alberga información crucial que puede revelar secretos médicos cruciales. El análisis preciso de estas muestras es esencial para identificar enfermedades, monitorear la progresión de condiciones crónicas, determinar la compatibilidad de trasplantes y evaluar la respuesta a tratamientos médicos.

El proceso de obtención de muestras biológicas es delicado y, a menudo, requiere de habilidades técnicas especializadas. Los técnicos superiores sanitarios en laboratorio están capacitados para llevar a cabo esta tarea de manera segura y efectiva. Desde la recolección de sangre mediante venopunción hasta la obtención de muestras de tejidos a través de procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos, estos profesionales garantizan que las muestras se obtengan sin riesgos para el paciente y que se mantengan en condiciones óptimas para su posterior análisis.

Una vez recolectadas, las muestras biológicas deben ser procesadas con precisión para evitar contaminaciones y garantizar la integridad de los componentes que se estudiarán en el laboratorio. Los técnicos superiores sanitarios en laboratorio son expertos en el manejo de equipos de laboratorio, incluyendo centrifugas, microscopios, espectrofotómetros y sistemas de cultivo celular, entre otros. Su pericia en el uso de estos instrumentos es fundamental para garantizar que los resultados de las pruebas sean fiables y reproducibles.

Además de su habilidad técnica, los técnicos superiores sanitarios en laboratorio desempeñan un papel crucial en la gestión adecuada de las muestras biológicas. Esto implica etiquetarlas correctamente, llevar un registro meticuloso de su procedencia y garantizar que se almacenen a temperaturas adecuadas para preservar su estabilidad. Los errores en esta etapa pueden llevar a diagnósticos incorrectos o a la pérdida de información valiosa.

2 Objetivos

- Poner de manifiesto la importancia de las muestras biológicas en el ámbito de la salud y cómo los técnicos superiores sanitarios en laboratorio desempeñan un papel vital en este proceso.
- Explicar la relevancia de las muestras biológicas en la atención médica, desde su papel en el diagnóstico hasta la monitorización de enfermedades y el desarrollo de tratamientos.

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

Las muestras biológicas utilizadas en pruebas de laboratorio para el Técnico Superior en Laboratorio Clínico y Biomédico (Técnico Superior Sanitario en Laboratorio) pueden variar ampliamente dependiendo de la finalidad de la prueba y el diagnóstico que se esté buscando. A continuación, te proporciono una lista de algunas muestras biológicas comunes que se utilizan en laboratorios clínicos y biomédicos, así como algunas de las pruebas asociadas:

1. ****Sangre:**** La sangre se utiliza para una variedad de pruebas, como análisis de hematología (cuenta de glóbulos rojos y blancos), pruebas de coagulación, pruebas de química clínica (para medir glucosa, colesterol, electrolitos, etc.) y pruebas de serología (para detectar anticuerpos).
2. ****Orina:**** El análisis de orina se realiza para evaluar la función renal y detectar problemas como infecciones del tracto urinario, cálculos renales o diabetes.
3. ****Heces:**** Las muestras de heces se utilizan para buscar signos de problemas gastrointestinales, como infecciones bacterianas o parasitarias, sangre oculta o trastornos digestivos.
4. ****Espujo:**** Las muestras de esputo se utilizan en pruebas microbiológicas para identificar patógenos respiratorios como bacterias, virus o hongos en pacientes con infecciones respiratorias.
5. ****Líquido cefalorraquídeo (LCR):**** Se obtiene mediante una punción lumbar y se utiliza para diagnosticar enfermedades neurológicas, infecciones del sistema nervioso central y trastornos como la esclerosis múltiple.
6. ****Tejido biopsiado:**** Se toman muestras de tejido de órganos o áreas específicas del cuerpo para realizar estudios histopatológicos y determinar la presencia

de tumores, lesiones o enfermedades.

7. ****Secreciones vaginales y cervicales:**** Se utilizan para pruebas de citología cervical (Papanicolaou) y pruebas de diagnóstico de infecciones de transmisión sexual.
8. ****Líquido sinovial:**** Se extrae de las articulaciones y se utiliza para diagnosticar enfermedades como la artritis y la gota.
9. ****Tejido muscular:**** Se obtiene a través de biopsias musculares y se utiliza para diagnosticar enfermedades musculares y neuromusculares.
10. ****Secreciones de garganta y nasales:**** Se recopilan para diagnosticar infecciones del tracto respiratorio superior y enfermedades como la faringitis estreptocócica.

Es importante tener en cuenta que la toma y el manejo de estas muestras deben realizarse siguiendo protocolos estrictos para garantizar la precisión de los resultados y prevenir la contaminación cruzada. Además, el Técnico Superior en Laboratorio Clínico y Biomédico debe estar capacitado en la manipulación segura de muestras y en la realización de pruebas específicas según las indicaciones médicas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las muestras biológicas desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades y condiciones médicas. Los Técnicos Superiores en Laboratorio Clínico y Biomédico desempeñan un papel esencial en la toma, procesamiento y análisis de estas muestras, contribuyendo de manera significativa a la atención médica y al bienestar de los pacientes. La variedad de muestras biológicas utilizadas en el laboratorio clínico refleja la diversidad de sistemas y órganos del cuerpo humano, y cada tipo de muestra requiere técnicas y procedimientos específicos para su análisis preciso. La capacitación adecuada en la manipulación y el procesamiento de estas muestras es crucial para garantizar resultados confiables y contribuir a la toma de decisiones clínicas precisas. Además, el respeto por las normas de bioseguridad y ética profesional es esencial en la labor del Técnico Superior en Laboratorio Clínico y Biomédico para asegurar la calidad y la integridad de las muestras y los datos obtenidos.

6 Bibliografía

1. Microbiología clínica. Prats G. Editorial Panamericana. 2005.
2. Manual of Clinical Microbiology. 10th edition. Versaloviic J, Carroll KC, Funke G, Joregesen JH, Landry ML and Warnock DW (ed). Whashington DC. ASM Press 2011.
3. Procedimientos en microbiología clínica. Sociedad Española de Enfermedades infecciosas y Microbiología clínica. Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/microbiologia>.
4. Manual de recogida, transporte y conservación de muestras para estudios microbiológicos. Laboratorio de Microbiología. Hospital do Meixoeiro. 2002.

Capítulo 625

INTERVENCIONES FISIOTERAPÉUTICAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS: MEJORA DE LA MOVILIDAD Y FUNCIÓN

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

SAMUEL VILLORA GARCÍA

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

CELIA VELASCO CORTÉS

ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La población mundial está experimentando un rápido envejecimiento, con un aumento significativo en el número de personas mayores. Este fenómeno demográfico plantea desafíos importantes para el sistema de atención médica y la sociedad en su conjunto, ya que la salud y el bienestar de las personas mayores se convierten en una prioridad cada vez más apremiante. Uno de los aspectos cruciales de la salud en la tercera edad es la movilidad y la función física, ya que estos aspectos desempeñan un papel fundamental en la calidad de vida y la independencia de los individuos mayores.

A medida que envejecemos, el cuerpo experimenta cambios naturales que pueden llevar a la disminución de la movilidad y la función física. Estos cambios incluyen la pérdida de masa muscular, la disminución de la densidad ósea, la rigidez articular, la reducción de la capacidad cardiovascular y una mayor propensión a las lesiones. Estos factores pueden contribuir a la disminución de la movilidad, la fuerza y la capacidad funcional en la vida diaria de las personas mayores, lo que a su vez aumenta el riesgo de caídas, fracturas y dependencia de la atención de otras personas.

En este contexto, las intervenciones fisioterapéuticas en pacientes geriátricos se han convertido en un campo de vital importancia para abordar y mitigar los efectos del envejecimiento en la movilidad y la función física. La fisioterapia geriátrica se centra en la evaluación y tratamiento de las necesidades específicas de las personas mayores, utilizando enfoques personalizados para mejorar su capacidad de movimiento, reducir el dolor y mejorar la calidad de vida. Estas intervenciones se basan en la evidencia científica y abordan una variedad de afecciones comunes asociadas con el envejecimiento, como la osteoartritis, la osteoporosis, las enfermedades neurológicas degenerativas y las secuelas de eventos cardiovasculares.

Este artículo se enfocará en explorar en detalle las intervenciones fisioterapéuticas en pacientes geriátricos y su impacto en la mejora de la movilidad y la función. Abordaremos las diversas modalidades de tratamiento utilizadas por los fisioterapeutas para abordar las necesidades específicas de esta población, desde el fortalecimiento muscular y la movilización articular hasta la terapia ocupacional y la educación sobre la prevención de caídas. Además, examinaremos los beneficios holísticos de la fisioterapia en pacientes geriátricos, que van más allá de la mera mejora de la función física y se extienden a la mejora de la calidad de vida, la autonomía y el bienestar emocional de los individuos mayores.

2 Objetivos

Explicar las intervenciones fisioterapéuticas en pacientes geriátricos para mejorar la movilidad.

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

Intervenciones fisioterapéuticas que se utilizan comúnmente para mejorar la movilidad y la función en pacientes geriátricos:

1. Ejercicios de fortalecimiento muscular: Los ejercicios específicos diseñados para fortalecer los músculos pueden ayudar a mejorar la estabilidad y la capacidad de movimiento en los pacientes mayores.
2. Terapia de movilidad articular: La terapia manual y las técnicas de movilización pueden ayudar a restaurar la amplitud de movimiento en las articulaciones afectadas por la rigidez o la artritis.
3. Entrenamiento de equilibrio: Mejorar el equilibrio es fundamental para prevenir caídas en los pacientes geriátricos. Los fisioterapeutas pueden realizar ejercicios de equilibrio específicos.
4. Estiramientos: Los estiramientos suaves pueden ayudar a mantener o mejorar la flexibilidad de los músculos y los tejidos conectivos.
5. Terapia de marcha: Los fisioterapeutas pueden trabajar en la mejora de la marcha y la movilidad al enseñar técnicas de caminar más seguras y eficientes.
6. Modalidades de fisioterapia: La aplicación de calor, frío, ultrasonido u otras modalidades terapéuticas puede ser beneficiosa para aliviar el dolor y mejorar la movilidad.
7. Entrenamiento de actividades de la vida diaria (AVD): Ayudar a los pacientes a realizar tareas cotidianas como levantarse de la cama, vestirse o bañarse de manera más independiente.
8. Educación y consejo: Proporcionar información a los pacientes y sus cuidadores sobre cómo mantener la movilidad y la función a lo largo del tiempo.

9. Programas de ejercicio adaptados: Diseñar programas de ejercicio personalizados teniendo en cuenta las necesidades y limitaciones individuales de cada paciente.

10. Terapia ocupacional: Los terapeutas ocupacionales pueden ayudar a los pacientes geriátricos a mejorar su independencia en las actividades cotidianas y la función de las manos y las extremidades superiores.

Es importante destacar que las intervenciones fisioterapéuticas en pacientes geriátricos deben ser individualizadas y adaptadas a las necesidades y capacidades de cada persona. Un fisioterapeuta calificado puede evaluar al paciente y desarrollar un plan de tratamiento específico para lograr los mejores resultados en términos de movilidad y función.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las intervenciones fisioterapéuticas desempeñan un papel esencial en la mejora de la movilidad y la función en pacientes geriátricos. A medida que las personas envejecen, es común que enfrenten desafíos en términos de movilidad reducida, pérdida de fuerza muscular, disminución del equilibrio y otros problemas físicos que pueden limitar su calidad de vida y su capacidad para llevar a cabo actividades diarias de manera independiente. La fisioterapia se ha convertido en una disciplina fundamental para abordar estas preocupaciones y promover la salud y el bienestar en la tercera edad.

Las intervenciones fisioterapéuticas no solo se centran en tratar afecciones específicas, sino que también se enfocan en prevenir problemas futuros y en mejorar la calidad de vida en general. Esto se logra mediante una variedad de técnicas y enfoques, como ejercicios de fortalecimiento muscular, terapia de movilidad articular, entrenamiento de equilibrio y estiramientos, entre otros. Los fisioterapeutas diseñan planes de tratamiento personalizados para cada paciente, teniendo en cuenta sus necesidades individuales, limitaciones y objetivos.

Uno de los aspectos más destacados de la fisioterapia en pacientes geriátricos es su enfoque en la funcionalidad y la independencia. Los fisioterapeutas trabajan en estrecha colaboración con los pacientes para ayudarles a recuperar o mantener la capacidad de realizar actividades de la vida diaria, como levantarse de la cama, caminar, vestirse y bañarse. Este enfoque en la autonomía contribuye en gran medida a la calidad de vida de los pacientes mayores y a su capacidad para

envejecer de manera saludable.

Además, las intervenciones fisioterapéuticas pueden desempeñar un papel fundamental en la prevención de caídas, una de las principales preocupaciones en la población geriátrica. El entrenamiento de equilibrio y la mejora de la fuerza muscular son componentes clave para reducir el riesgo de caídas y sus consecuencias potencialmente graves.

6 Bibliografía

1. Fisioterapia en Geriatria: Valoración y Tratamiento de M.^a José Aibar-Almazán y Manuel González-Sánchez.

Capítulo 626

IMPACTO DE LA FISIOTERAPIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON LESIONES NEUROMUSCULARES

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

SAMUEL VILLORA GARCÍA

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

CELIA VELASCO CORTÉS

ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Sin duda, las lesiones neuromusculares representan un conjunto diverso de condiciones médicas que afectan tanto al sistema nervioso como al sistema musculoesquelético, con consecuencias que pueden ser debilitantes para quienes las experimentan. Estas afecciones pueden variar desde enfermedades neuromusculares crónicas, como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y la distrofia muscular, hasta lesiones agudas del sistema nervioso, como las lesiones de la médula espinal o los traumatismos cerebrales. Comúnmente, estas condiciones se asocian con la pérdida de función motora, debilidad muscular, deterioro del equilibrio y limitaciones en la movilidad, lo que a menudo resulta en una disminución significativa de la calidad de vida de los pacientes.

En este contexto, la fisioterapia emerge como una disciplina crucial en la atención de pacientes con lesiones neuromusculares. Su objetivo principal es mejorar la calidad de vida de estos individuos mediante una variedad de enfoques terapéuticos diseñados para abordar las necesidades específicas de cada paciente. La fisioterapia no solo busca aliviar el dolor y reducir la discapacidad, sino que también se enfoca en maximizar la independencia funcional y la participación en actividades diarias.

El impacto de la fisioterapia en la calidad de vida de los pacientes con lesiones neuromusculares es profundo y multifacético. A través de sesiones de terapia personalizadas, ejercicios específicos, técnicas de movilización y estrategias de gestión del dolor, los fisioterapeutas trabajan en estrecha colaboración con los pacientes para ayudarlos a recuperar y mantener la función muscular, mejorar la amplitud de movimiento y promover la rehabilitación neuromotora. Además, brindan orientación sobre el uso de ayudas técnicas, como sillas de ruedas o dispositivos de asistencia, para facilitar la movilidad y la independencia.

Este enfoque integral de la fisioterapia no solo tiene beneficios físicos evidentes, sino que también aborda las dimensiones emocionales y psicológicas de vivir con una lesión neuromuscular. La terapia no solo ayuda a los pacientes a enfrentar los desafíos físicos, sino que también puede mejorar su autoestima, confianza y bienestar general al proporcionarles las herramientas y estrategias necesarias para enfrentar su condición de manera positiva.

2 Objetivos

1. Proporcionar información detallada y precisa sobre el impacto de la fisioterapia en la calidad de vida de pacientes con lesiones neuromusculares, ofreciendo una visión clara de su importancia y beneficios.

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 importante en la mejora de la calidad de vida de pacientes con lesiones neuromusculares. Estas lesiones afectan el sistema nervioso y los músculos, lo que puede provocar una variedad de síntomas y discapacidades.

Resultados y beneficios conocidos de la fisioterapia en el tratamiento de pacientes con lesiones neuromusculares:

1. Mejora de la funcionalidad: La fisioterapia puede ayudar a mejorar la función muscular y neurológica en pacientes con lesiones neuromusculares. Los ejercicios específicos y las técnicas de rehabilitación pueden ayudar a fortalecer los músculos afectados y mejorar la coordinación motora.
2. Alivio del dolor: Muchos pacientes con lesiones neuromusculares experimentan dolor crónico. Los fisioterapeutas pueden utilizar técnicas como el masaje, la terapia manual y la electroestimulación para aliviar el dolor y mejorar el bienestar general.
3. Mantenimiento de la movilidad: La fisioterapia puede ayudar a prevenir la rigidez y la pérdida de movilidad en las articulaciones afectadas. Esto es especialmente importante para pacientes con condiciones como la ELA o la distrofia muscular, donde la pérdida de movilidad es un problema común.
4. Mejora de la función respiratoria: En pacientes con lesiones neuromusculares que afectan los músculos respiratorios, como la distrofia muscular de Duchenne, la fisioterapia puede ser crucial para mantener una función respiratoria óptima. Se pueden utilizar técnicas de fisioterapia respiratoria para fortalecer los músculos respiratorios y mejorar la capacidad pulmonar.
5. Promoción de la independencia: La fisioterapia puede ayudar a los pacientes a mantener o mejorar su capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria, como caminar, vestirse y alimentarse. Esto contribuye significativamente a la independencia y la calidad de vida.
6. Abordaje de problemas posturales: Las lesiones neuromusculares a menudo pueden llevar a problemas de postura y deformidades esqueléticas. Los fisioterapeutas pueden trabajar en la corrección de la postura y proporcionar dispositivos de apoyo, como ortesis o sillas de ruedas personalizadas, para mejorar la comodidad y la función.

7. Educación del paciente: Los fisioterapeutas también desempeñan un papel importante al educar a los pacientes y sus cuidadores sobre cómo manejar y mantener su salud en el hogar. Esto incluye la enseñanza de ejercicios y técnicas de autocuidado.

Es importante destacar que el enfoque de la fisioterapia puede variar según la naturaleza y la gravedad de la lesión neuromuscular, así como las necesidades individuales del paciente. Por lo tanto, es fundamental que los pacientes sean evaluados por un fisioterapeuta especializado para desarrollar un plan de tratamiento personalizado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el impacto de la fisioterapia en la calidad de vida de pacientes con lesiones neuromusculares es innegable y profundo. A través de un enfoque integral que abarca la rehabilitación física, la gestión del dolor, la promoción de la independencia y la mejora de la función respiratoria, la fisioterapia se convierte en una herramienta esencial para abordar los desafíos que enfrentan estos pacientes.

Uno de los aspectos más significativos es la mejora en la funcionalidad. La fisioterapia se centra en fortalecer los músculos afectados, mejorar la coordinación motora y mantener la movilidad de las articulaciones, lo que permite a los pacientes recuperar o conservar la capacidad de realizar actividades cotidianas cruciales para su autonomía.

El alivio del dolor es otro logro destacado de la fisioterapia en este contexto. Muchos pacientes con lesiones neuromusculares experimentan dolor crónico, que puede ser debilitante. Los fisioterapeutas emplean una variedad de técnicas, desde el masaje hasta la electroestimulación, para reducir el dolor y mejorar la calidad de vida del paciente.

Además, la fisioterapia contribuye a abordar problemas específicos relacionados con la lesión neuromuscular, como la función respiratoria comprometida. Enfermedades como la distrofia muscular pueden afectar los músculos respiratorios, y los fisioterapeutas pueden aplicar técnicas de fisioterapia respiratoria para mantener una función pulmonar adecuada.

La promoción de la independencia es un objetivo fundamental en el tratamiento de pacientes con lesiones neuromusculares. La fisioterapia ayuda a los pacientes

a mantener o mejorar sus habilidades para llevar a cabo tareas diarias esenciales, lo que tiene un impacto directo en su calidad de vida y su autoestima.

Asimismo, los fisioterapeutas desempeñan un papel crucial en la corrección de problemas posturales y deformidades esqueléticas que pueden surgir como resultado de las lesiones neuromusculares. Esta atención a la postura y la movilidad mejora la comodidad del paciente y previene complicaciones a largo plazo.

Finalmente, la educación del paciente es un componente esencial de la fisioterapia. Los fisioterapeutas empoderan a los pacientes y a sus cuidadores al enseñarles ejercicios y técnicas de autocuidado que pueden aplicar en su vida cotidiana, brindando una sensación de control y confianza.

En resumen, la fisioterapia representa un recurso invaluable para mejorar la calidad de vida de los pacientes con lesiones neuromusculares. Su enfoque holístico y personalizado aborda una amplia gama de necesidades, desde la funcionalidad y el alivio del dolor hasta la promoción de la independencia y la gestión de problemas específicos de salud. A través de la atención experta de los fisioterapeutas, estos pacientes pueden experimentar mejoras significativas en su bienestar y capacidad para enfrentar los desafíos asociados con sus condiciones neuromusculares.

6 Bibliografía

1. Fisioterapia en Neurología: Principios y Práctica de María José Mora Barrientos y José Antonio García Piñón.
2. Fisioterapia en Pediatría: Un Enfoque Neuroevolutivo de Cecilia Parra Blanco.
3. Fisioterapia en Medicina Física y Rehabilitación de Jorge Varela Donoso y Ana C. De la Fuente Hinojosa.

Capítulo 627

FISIOTERAPIA Y NEUROPLASTICIDAD: ENFOQUES INNOVADORES EN LA REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

SAMUEL VILLORA GARCÍA

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

CELIA VELASCO CORTÉS

ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La fisioterapia es una disciplina médica que ha experimentado una notable evolución a lo largo de los años, especialmente en el campo de la rehabilitación neurológica. En este contexto, la neuroplasticidad se ha convertido en un concepto fundamental y revolucionario que ha redefinido la forma en que abordamos la recuperación de pacientes con lesiones neurológicas. Este enfoque innovador en la rehabilitación neurológica ha abierto nuevas puertas y posibilidades para mejorar la calidad de vida de personas que anteriormente enfrentaban desafíos aparentemente insuperables.

La neuroplasticidad se refiere a la capacidad del cerebro para reorganizarse y adaptarse en respuesta a lesiones, experiencias y cambios en el entorno. Anteriormente, se creía que el cerebro tenía una capacidad limitada para recuperarse después de una lesión neurológica, como un accidente cerebrovascular o una lesión medular. Sin embargo, la investigación científica ha demostrado que el cerebro es mucho más maleable de lo que se pensaba, y esta plasticidad cerebral puede aprovecharse en el proceso de rehabilitación.

En este contexto, la fisioterapia desempeña un papel crucial al aplicar enfoques innovadores que aprovechan la neuroplasticidad para ayudar a los pacientes a recuperar funciones motoras, sensoriales y cognitivas perdidas o comprometidas debido a lesiones neurológicas. Los fisioterapeutas trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como neurólogos, terapeutas ocupacionales y logopedas, para diseñar planes de tratamiento personalizados que se adapten a las necesidades únicas de cada paciente.

2 Objetivos

Dar a conocer los enfoques innovadores en la rehabilitación neurológica desde la 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 fisioterapia y la neuroplasticidad son dos campos interconectados que desempeñan un papel fundamental en la rehabilitación neurológica. La neuroplasticidad se refiere a la capacidad del cerebro para reorganizarse y adaptarse después de lesiones neurológicas, y la fisioterapia utiliza diversas técnicas y enfoques para ayudar a mejorar la función física y la calidad de vida de las personas que han experimentado lesiones neurológicas. Aquí tienes algunos enfoques innovadores

en la rehabilitación neurológica que se basan en la fisioterapia y la neuroplasticidad:

1. **Terapia de espejo:** La terapia de espejo utiliza espejos para engañar al cerebro y mejorar la función en personas con hemiparesia u otras discapacidades motoras. Al reflejar el movimiento de una extremidad afectada en un espejo, se puede estimular la plasticidad cerebral y mejorar la función motora.
2. **Terapia con realidad virtual (VR):** La VR se ha convertido en una herramienta prometedora en la rehabilitación neurológica. Los pacientes pueden participar en actividades virtuales que desafían sus habilidades motoras y cognitivas, lo que puede estimular la neuroplasticidad y acelerar la recuperación.
3. **Estimulación cerebral no invasiva:** Técnicas como la estimulación magnética transcraneal (TMS) y la estimulación eléctrica transcraneal (tDCS) se utilizan para modular la actividad cerebral y facilitar la rehabilitación. Estas terapias pueden ayudar a mejorar la función motora y cognitiva en pacientes con lesiones neurológicas.
4. **Terapia basada en la tarea:** Este enfoque se centra en la repetición de tareas específicas relacionadas con las actividades de la vida diaria. Al realizar estas tareas de manera repetida y enfocada, se puede promover la neuroplasticidad y mejorar la función.
5. **Terapia con ejercicios intensivos:** Los programas de ejercicios intensivos pueden ayudar a las personas con lesiones neurológicas a mejorar su fuerza, resistencia y coordinación. Estos programas se adaptan a las necesidades individuales de los pacientes y pueden acelerar la recuperación.
6. **Terapia con neurofeedback:** El neurofeedback permite a los pacientes recibir información en tiempo real sobre su actividad cerebral y aprender a modularla. Esto puede ser útil en la rehabilitación de lesiones neurológicas al mejorar el control motor y la función cognitiva.
7. **Terapia de estimulación sensorial:** La estimulación de los sentidos, como la terapia con música, la terapia de estimulación táctil y la terapia de estimulación olfativa, puede desencadenar respuestas neurológicas beneficiosas y promover la recuperación.

Estos son solo algunos ejemplos de enfoques innovadores en la rehabilitación neurológica que integran la fisioterapia y la neuroplasticidad. Es importante

destacar que el tratamiento ideal variará según la condición y las necesidades individuales de cada paciente, por lo que es esencial trabajar con un equipo de profesionales de la salud que pueda diseñar un plan de tratamiento personalizado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la interacción entre la fisioterapia y la neuroplasticidad representa un campo apasionante y en constante evolución en la rehabilitación neurológica. Ambos conceptos se entrelazan de manera fundamental en la búsqueda de soluciones innovadoras para mejorar la calidad de vida de las personas que han experimentado lesiones neurológicas o trastornos del sistema nervioso.

La neuroplasticidad, la capacidad del cerebro para adaptarse y reorganizarse, ha revolucionado nuestra comprensión de la recuperación neurológica. Esta capacidad inherente del cerebro significa que, incluso después de una lesión cerebral devastadora, todavía existe la posibilidad de mejorar la función y la independencia. Esto ha inspirado una serie de enfoques terapéuticos innovadores que aprovechan la plasticidad cerebral para promover la recuperación.

La fisioterapia se ha destacado como un pilar esencial en la rehabilitación neurológica. Los fisioterapeutas utilizan una variedad de técnicas y enfoques, desde ejercicios específicos hasta terapia manual y modalidades avanzadas, para ayudar a los pacientes a recuperar la función motora y mejorar su calidad de vida. Trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como terapeutas ocupacionales y logopedas, para abordar de manera integral las necesidades de los pacientes.

En cuanto a los enfoques innovadores, se han desarrollado tecnologías de vanguardia, como la realidad virtual y la estimulación cerebral no invasiva, que ofrecen oportunidades emocionantes para acelerar la recuperación y maximizar la plasticidad cerebral. La terapia de espejo, la terapia basada en la tarea y los programas de ejercicios intensivos son ejemplos adicionales de estrategias efectivas que pueden adaptarse a las necesidades individuales de los pacientes.

Además, la terapia con neurofeedback y la estimulación sensorial añaden capas adicionales de personalización al tratamiento, permitiendo a los pacientes aprender a controlar su propia función cerebral y brindando estímulos sensoriales específicos para impulsar la plasticidad y mejorar la funcionalidad.

Sin embargo, es importante destacar que la rehabilitación neurológica es un pro-

ceso altamente individualizado y multidisciplinario. Cada paciente tiene su propio conjunto de desafíos y metas, lo que significa que el enfoque terapéutico debe adaptarse cuidadosamente a sus necesidades únicas. Los profesionales de la salud, incluidos los fisioterapeutas, neurólogos, terapeutas ocupacionales, logopedas y otros, deben trabajar en estrecha colaboración para diseñar planes de tratamiento personalizados que maximicen las oportunidades de recuperación y mejoren la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Neuroplasticidad: Fundamentos para la Rehabilitación Médico-Quirúrgica de Ángel Sesar.
2. Fisioterapia en Neurología: Principios y Práctica de Maria Stokes y Emma Stack.

Capítulo 628

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

GERARDO DÍAZ FUNEZ

JULIO SORIA MARTÍNEZ

CATALINA MARTINEZ

JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA

AURORA ARIAS CARRERO

1 Introducción

En el ámbito de la medicina cardiovascular, la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista emerge como un pilar fundamental en el diagnóstico y tratamiento de patologías cardíacas. Esta especialidad médica se destaca por su enfoque en procedimientos mínimamente invasivos que permiten abordar una amplia gama de enfermedades cardiovasculares con precisión y eficacia, minimizando los riesgos y reduciendo la necesidad de cirugías invasivas. En este contexto, el papel del celador en esta unidad cobra una importancia extraordinaria, ya que desempeña un rol multifacético que va más allá de la simple asistencia logística.

El escenario de la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista es un entorno médico altamente especializado y delicado, donde se realizan proced-

imientos tales como cateterismos cardíacos, angioplastias, implantación de stents y otros tratamientos cruciales para la salud cardiovascular de los pacientes. La precisión y la concentración son esenciales en este espacio, y el celador juega un papel esencial al asegurar que el ambiente sea propicio para el éxito de estos procedimientos. Esto implica la gestión de equipos médicos, la preparación de la sala de intervención y la asistencia en la movilización de pacientes, contribuyendo directamente a la eficiencia y la seguridad de los procedimientos.

El cuidado del paciente es una dimensión fundamental de la labor del celador en esta unidad. A menudo, los pacientes que llegan a la Hemodinámica y la Cardiología Intervencionista están atravesando momentos de gran ansiedad y preocupación debido a la naturaleza de sus condiciones cardíacas. En este contexto, el celador actúa como un apoyo emocional para los pacientes, ofreciendo comprensión, empatía y asegurando su comodidad durante su estancia en la unidad. Este aspecto humano de la labor del celador contribuye significativamente al bienestar general de los pacientes y al éxito de los tratamientos.

La comunicación efectiva y la coordinación con el personal médico son esenciales en la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. El celador sirve como un vínculo crucial entre los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, garantizando que todo el equipo trabaje en sincronía. Esto implica la transmisión de información importante, la preparación de materiales y equipos necesarios para los procedimientos, y la disposición a atender las necesidades cambiantes que pueden surgir durante una intervención cardíaca.

La responsabilidad del celador en mantener un ambiente seguro es innegable. En una unidad donde se utilizan equipos médicos de alta tecnología y se manejan sustancias delicadas, la atención a los detalles y el cumplimiento de protocolos de seguridad son vitales para evitar riesgos innecesarios. El celador se convierte en un guardián de la integridad del entorno de trabajo, contribuyendo a la prevención de incidentes que puedan poner en peligro a los pacientes o al personal médico.

2 Objetivos

- Describir el papel y la importancia del celador en la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista.

3 Metodología

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

4 Resultados

El rol del celador en la unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista: El celador desempeña una función esencial en el funcionamiento eficiente y seguro de la unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, un entorno médico altamente especializado dedicado al diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares a través de procedimientos invasivos y técnicas avanzadas. Este profesional, aunque puede pasar desapercibido en comparación con el personal médico y de enfermería, tiene un impacto significativo en la calidad de atención que los pacientes reciben y en la eficacia general de la unidad.

Las responsabilidades del celador en esta unidad son multifacéticas y cruciales para garantizar el bienestar de los pacientes y la eficiencia de los procedimientos. Algunas de sus tareas más importantes incluyen:

1. ****Preparación de la sala de procedimientos:**** Antes de que comiencen los procedimientos, el celador colabora en la preparación de las salas. Esto implica asegurarse de que estén completamente limpias y desinfectadas, y que todos los equipos necesarios estén en su lugar y funcionando correctamente. La preparación adecuada de la sala es esencial para minimizar riesgos y garantizar un entorno estéril.
2. ****Traslado de pacientes:**** El celador es responsable de trasladar a los pacientes desde sus habitaciones hasta la sala de procedimientos y viceversa. Esta tarea debe realizarse con delicadeza y cuidado para asegurar la comodidad y seguridad de los pacientes, especialmente aquellos que pueden estar en condiciones delicadas de salud.
3. ****Asistencia durante los procedimientos:**** Durante los procedimientos, el celador trabaja en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería. Su función es proporcionar el equipo necesario, como instrumental médico o dispositivos, y seguir las indicaciones precisas del equipo médico. Esto garantiza que el procedimiento se realice sin interrupciones y que el paciente reciba la mejor

atención posible.

4. ****Mantenimiento de la sala:**** Después de cada procedimiento, el celador se encarga de limpiar y desinfectar la sala de manera meticulosa. Esto es fundamental para prevenir infecciones y mantener los estándares de higiene más altos.

5. ****Transporte de suministros y muestras:**** El celador también se encarga de transportar suministros médicos y muestras de manera segura, asegurando que lleguen a donde se necesiten en el momento adecuado. Esto contribuye a la eficiencia de la unidad y al diagnóstico preciso de los pacientes.

6. ****Gestión de residuos biomédicos:**** En un entorno médico, la gestión adecuada de los residuos biomédicos es crucial para evitar riesgos para la salud. El celador sigue protocolos estrictos para la eliminación segura de residuos contaminados.

7. ****Atención a pacientes y visitantes:**** Además de sus responsabilidades técnicas, el celador a menudo actúa como la primera cara que ven los pacientes y sus familias al llegar a la unidad. Ofrecen orientación, información y apoyo emocional cuando es necesario, contribuyendo así a la experiencia global del paciente.

8. ****Seguridad del área:**** El celador desempeña un papel en la seguridad de la unidad, asegurándose de que solo el personal autorizado tenga acceso a las áreas críticas. Esto es especialmente importante en un entorno donde se manejan equipos médicos costosos y se llevan a cabo procedimientos delicados.

El rol del celador en la unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista va más allá de simples tareas logísticas. Su contribución es vital para mantener un ambiente seguro, limpio y eficiente, donde los pacientes pueden recibir atención médica de alta calidad en un entorno que promueve su bienestar. Su dedicación y atención a los detalles son esenciales para el éxito de la unidad y la salud de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en la unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista es esencial para el funcionamiento exitoso de este entorno médico altamente especializado. Aunque su trabajo puede pasar desapercibido en comparación con el personal médico y de enfermería, desempeña una serie de responsabilidades cruciales que contribuyen significativamente al bienestar de los pacientes y a la eficiencia de los procedimientos.

Desde la preparación y limpieza de las salas de procedimientos hasta el traslado cuidadoso de los pacientes, la asistencia durante los procedimientos y la gestión de residuos biomédicos, el celador desempeña un papel multifacético que garan-

tiza un entorno estéril, seguro y eficaz para la atención cardiovascular. Además, su capacidad para brindar orientación y apoyo emocional a los pacientes y sus familias agrega un componente humano valioso a su trabajo.

En última instancia, el celador en la unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista es un miembro indispensable del equipo de atención médica, cuyo compromiso y atención a los detalles son fundamentales para la calidad de la atención que se brinda en este entorno médico altamente especializado. Su contribución silenciosa, pero esencial es una parte integral de la atención cardiovascular integral y efectiva.

6 Bibliografía

- 1.Hemodinámica Cardíaca. [Internet] HM hospitales [citado 16 junio 2023] Disponible en: <https://www.hmhospitales.com/servicios-al-paciente/especialidades/especialidades/hemodinamica>. Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. [Internet] Cardiología Puerta de Hierro [citado 17 junio 2023].
- 2.Hemodinámica Diagnóstica e Intervencionista.[Internet] Vall d´Hebron [citado 17 junio 2023] Disponible en: <https://hospital.vallhebron.com/es/asistencia/especialidades/hemodinamica-diagnostica-e-intervencionista>.
3. Tema 1. El personal subalterno. Funciones del celador. [Internet] Formacurae [citado 8 junio 2023] Disponible en: <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-1.pdf>.

Capítulo 629

EL CELADOR EN LAS AYUDAS TÉCNICAS EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

GERARDO DÍAZ FUNEZ

JULIO SORIA MARTÍNEZ

CATALINA MARTINEZ

JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA

AURORA ARIAS CARRERO

1 Introducción

La labor del celador en el ámbito de la salud es fundamental para garantizar la calidad de la atención que reciben los pacientes en diversos contextos médicos. Sin embargo, cuando se trata de pacientes que han experimentado un accidente cerebrovascular (ACV), su papel adquiere una importancia aún mayor. El ACV, conocido también como ictus, es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial y se caracteriza por su súbita aparición y la afectación del flujo sanguíneo al cerebro, lo que puede tener graves consecuencias para la salud de quienes lo padecen.

Los pacientes que sobreviven a un ACV a menudo enfrentan desafíos significativos en su proceso de recuperación. Pueden experimentar discapacidades motoras, cognitivas y emocionales, lo que les hace depender en gran medida de

la atención médica y las ayudas técnicas para mejorar su calidad de vida y, en muchos casos, recuperar habilidades perdidas. En este contexto, el celador se convierte en un eslabón esencial en la cadena de cuidado, desempeñando un rol crucial en el manejo de las ayudas técnicas destinadas a estos pacientes.

Las ayudas técnicas, que abarcan desde sillas de ruedas hasta dispositivos de comunicación asistida, son herramientas vitales para promover la independencia y la rehabilitación de los pacientes con ACV. El celador, como parte integral del equipo de atención médica, tiene la responsabilidad de facilitar el acceso de los pacientes a estas ayudas técnicas, asegurándose de que estén disponibles cuando se necesiten y que se utilicen de manera adecuada.

Exploraremos en detalle la función crucial del celador en la gestión de las ayudas técnicas para pacientes con ACV. Analizaremos su rol en la evaluación de las necesidades de los pacientes, en la asistencia durante la adaptación y el uso de las ayudas técnicas, así como en la promoción de un entorno de cuidado que fomente la autonomía y la recuperación de aquellos que han enfrentado el desafío de un ACV. Además, examinaremos cómo el celador desempeña un papel emocionalmente solidario para estos pacientes y sus familias en un momento tan crítico de sus vidas. En definitiva, esta introducción busca arrojar luz sobre la importancia y la complejidad del trabajo del celador en el contexto de las ayudas técnicas para pacientes con ACV, reconociendo su papel como un pilar fundamental en la atención de la salud y el bienestar de quienes más lo necesitan.

2 Objetivos

- Informar sobre el papel del celador en el contexto de las ayudas técnicas para pacientes con ACV.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del celador en el ámbito de las ayudas técnicas en pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) es fundamental para garantizar la comodidad, seguridad y bienestar de los pacientes. A continuación, se presentan algunos resultados clave relacionados con las responsabilidades y funciones del celador en este contexto:

- El celador puede ayudar a los pacientes con ACV en la movilización, utilizando sillas de ruedas, camas especiales o dispositivos de transferencia, garantizando que el paciente se desplace de manera segura y cómoda.
- El celador puede colaborar en la higiene diaria de los pacientes, facilitando la entrada y salida del baño, proporcionando materiales de aseo, y asegurando que el paciente esté limpio y cómodo.
- Los celadores pueden ayudar en la administración y control de dispositivos médicos como respiradores, sondas o equipos de monitorización, siguiendo las instrucciones del personal médico.
- Los celadores deben estar alerta y atentos a las necesidades de los pacientes con ACV, respondiendo rápidamente a cualquier cambio en su condición y notificando al personal médico en caso de emergencia.
- Los pacientes con ACV pueden experimentar ansiedad, confusión o miedo. Los celadores pueden brindar apoyo emocional, ofreciendo compañía y consuelo, y facilitando la comunicación con familiares y amigos.
- Es responsabilidad del celador asegurarse de que los dispositivos y equipos utilizados por el paciente estén en buen estado de funcionamiento y limpios.
- Los celadores deben llevar un registro de las actividades realizadas, como la movilización del paciente, la administración de medicamentos o cualquier otro procedimiento, para mantener un seguimiento preciso de la atención proporcionada.
- Trabajar en estrecha colaboración con el personal médico, enfermeras y terapeutas para garantizar una atención integral y coordinada para el paciente con ACV.
- Los celadores pueden brindar información básica sobre el uso de ayudas técnicas y dispositivos de asistencia a los pacientes y sus familias, promoviendo la autonomía y la seguridad en el hogar.
- Asegurar que se sigan todas las normativas de seguridad y protocolos de higiene para prevenir infecciones y accidentes en el entorno del paciente.

El celador desempeña un papel esencial en el cuidado y la asistencia de pacientes con ACV, contribuyendo a su bienestar físico y emocional, así como a la eficiencia de la atención médica. Su colaboración estrecha con el personal de salud y su capacidad para adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes son

cruciales para garantizar una atención de calidad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del celador en la atención de pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) es de vital importancia en el proceso de cuidado y recuperación de estos individuos. Su presencia y sus acciones no solo facilitan la labor del personal médico y de enfermería, sino que también tienen un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y en su proceso de rehabilitación. Aquí, hemos resumido los puntos clave que demuestran la relevancia y la amplitud de las responsabilidades del celador en este contexto.

En primer lugar, el celador se convierte en una figura de apoyo físico y emocional para el paciente con ACV. Ayuda en la movilización, proporciona asistencia en la higiene personal y asegura que los pacientes se sientan cómodos y seguros. Esto no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también contribuye a prevenir complicaciones relacionadas con la inmovilidad y la falta de cuidado personal.

Además, el celador desempeña un papel crucial en la seguridad y el bienestar del paciente al controlar y mantener dispositivos médicos esenciales, como respiradores o equipos de monitorización. Su capacidad para seguir las instrucciones del personal médico y su atención constante a los dispositivos son fundamentales para garantizar que los pacientes reciban la atención y el tratamiento adecuados. La vigilancia constante es otra de las responsabilidades importantes del celador. Dado que los pacientes con ACV pueden experimentar cambios repentinos en su estado de salud, la capacidad del celador para reconocer signos de emergencia y notificar al personal médico a tiempo puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte en algunos casos.

El apoyo emocional brindado por el celador también es invaluable. Los pacientes con ACV a menudo experimentan ansiedad, depresión o confusión, y la presencia compasiva del celador puede ser reconfortante. Asimismo, el celador puede facilitar la comunicación entre el paciente y sus familiares, lo que es esencial para mantener el vínculo afectivo y el apoyo familiar durante el proceso de recuperación.

Además de estas funciones directas, el celador también se encarga del mantenimiento de equipos, el registro y la documentación de actividades, y la coordinación interdisciplinaria con otros miembros del equipo de salud. Esto garantiza un flujo de trabajo eficiente y una atención integral para el paciente con ACV. Por último, el celador tiene un papel educativo al proporcionar información

básica sobre el uso de ayudas técnicas y dispositivos de asistencia tanto al paciente como a sus familiares, promoviendo la autonomía y la seguridad en el hogar después de la hospitalización.

En resumen, el trabajo del celador en el contexto de las ayudas técnicas en pacientes con ACV es multifacético y esencial para el bienestar y la recuperación de los pacientes. Su presencia no solo alivia la carga del personal médico y de enfermería, sino que también aporta un valioso apoyo físico y emocional, lo que hace que su contribución sea inestimable en la atención a personas que han experimentado un ACV.

6 Bibliografía

1. Calidad de vida de pacientes postictus y sus cuidadores. Opara JA, Jaracz K. J Med Life. 2010 Jul-Sep;3(3):216-20.
2. Calidad de vida relacionada con la salud después de un ictus: revisión de la literatura y implicaciones para futuras investigaciones. Tseng MC, Lin HJ. Acta Neurol Taiwan. 2007 Mar;16(1):7-12.
- 3 .Medición de la calidad de vida en pacientes con ictus. Kranciukaite D, Rastenyte D. Medicina (Kaunas). 2006;42(9):709-16.

Capítulo 630

MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL TELEFONISTA EN LA DISTRIBUCIÓN DE LLAMADAS EN UN CENTRO DE SALUD

VANESA MARÍN MAESTRO

VICTORIA GARRIDO GARCIA

LAURA GALDON GARCIA

PETRA VALERA HERRAIZ

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

1 Introducción

La eficiencia en la distribución de llamadas desempeña un papel vital en la gestión efectiva de un centro de salud. En un entorno donde cada segundo cuenta y donde la calidad de la atención médica puede ser determinante, el rol del telefonista se convierte en un eslabón crítico en la cadena de cuidados. Los pacientes confían en este profesional para canalizar sus necesidades de atención médica hacia el recurso adecuado, ya sea para programar una cita, obtener información vital, o incluso para acceder a cuidados de emergencia.

La mejora de la eficiencia del telefonista en la distribución de llamadas es un desafío constante en la administración de centros de salud, ya que influye direc-

tamente en la satisfacción del paciente y en la capacidad del centro para ofrecer una atención efectiva y oportuna. Esta eficiencia no solo se traduce en una mejor experiencia para el paciente, sino que también puede tener un impacto significativo en la productividad y la organización interna del centro de salud.

En esta era de avances tecnológicos, existen herramientas y estrategias que pueden ser aprovechadas para optimizar este proceso. La implementación de sistemas de gestión de llamadas, la formación continua del personal, y la utilización de datos y métricas para evaluar y mejorar el rendimiento, son solo algunas de las estrategias que pueden marcar la diferencia en la eficiencia del telefonista.

2 Objetivos

- Proporcionar información sobre la importancia de mejorar la eficiencia del telefonista en la distribución de llamadas en un centro de salud.

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

1. Implementación de un Sistema de Gestión de Llamadas (SGC):

- Resultado: Reducción del tiempo de espera de los pacientes y mejora en la distribución de llamadas entrantes, lo que aumenta la satisfacción del paciente.

2. Capacitación y Entrenamiento del Personal:

- Resultado: Telefonistas más hábiles y eficientes en la identificación de necesidades de los pacientes, enrutamiento adecuado de llamadas y manejo de situaciones de emergencia.

3. Priorización de Llamadas:

- Resultado: Reducción de tiempos de espera para pacientes en situaciones críticas y asignación de recursos adecuados para casos urgentes.

4. Automatización de Procesos:

- Resultado: Reducción de la carga de trabajo de los telefonistas mediante la automatización de tareas repetitivas, como la verificación de datos de los pacientes, lo que mejora la eficiencia general del sistema.

5. Monitoreo y Análisis de Llamadas:

- Resultado: Identificación de patrones en las llamadas entrantes que permiten una mejor asignación de recursos y una planificación más eficaz del personal.

6. Integración de Tecnología de Información:

- Resultado: Facilita el acceso rápido a la información del paciente y la programación de citas, lo que agiliza el proceso de distribución de llamadas.

7. Establecimiento de Métricas de Desempeño:

- Resultado: Evaluación constante del desempeño del personal de telefonistas y ajuste de estrategias en función de los resultados obtenidos.

8. Feedback de los Pacientes:

- Resultado: Obtención de comentarios de los pacientes para identificar áreas de mejora en la atención telefónica y en la distribución de llamadas.

9. Optimización de Horarios de Personal:

- Resultado: Asegura que haya suficiente personal durante las horas pico y reduce la sobrecarga de trabajo durante los períodos más tranquilos.

10. Mejora en la Comunicación Interna:

- Resultado: Facilita la coordinación entre el personal médico y los telefonistas para una distribución eficiente de llamadas relacionadas con la atención médica.

La implementación de estas estrategias puede conducir a una mejora significativa en la eficiencia del telefonista en la distribución de llamadas en un centro de salud, lo que a su vez beneficia a los pacientes y al personal médico. Es importante adaptar estas estrategias a las necesidades y recursos específicos de tu centro de salud.

5 Discusión-Conclusión

La optimización de la eficiencia en la distribución de llamadas en centros de salud es un proceso crítico que beneficia tanto a los pacientes como al personal médico. La implementación de sistemas de gestión de llamadas, junto con la capacitación

y desarrollo constante del personal de telefonistas, permite una distribución más rápida y precisa de las llamadas entrantes. Además, la priorización adecuada de las llamadas y la automatización de tareas repetitivas reducen los tiempos de espera y mejoran la experiencia del paciente. El monitoreo continuo de las llamadas y la retroalimentación de los pacientes ayudan a ajustar y perfeccionar los procesos con el tiempo, lo que conduce a una atención más eficiente y satisfactoria en el centro de salud. En resumen, la búsqueda constante de la eficiencia en la distribución de llamadas es esencial para brindar una atención de calidad en el ámbito de la salud.

6 Bibliografía

1. "Gestión de Centros Sanitarios" de Juan José Jurado Jurado.
2. "Organización y Gestión de los Servicios de Enfermería" de Eloísa Doménech-Llaberia, María Dolores Guirao-Goris y María Isabel Tovar-Gálvez.
3. "Gestión de la Calidad en los Servicios Sanitarios" de Natividad Mendoza Rodríguez y María José Ibáñez Gómez.

Capítulo 631

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL HOSPITALARIO Y LOS PACIENTES A TRAVÉS DE LA TELEFONISTA

VANESA MARÍN MAESTRO

VICTORIA GARRIDO GARCIA

LAURA GALDON GARCIA

PETRA VALERA HERRAIZ

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

1 Introducción

La comunicación efectiva en el entorno hospitalario desempeña un papel fundamental en la prestación de atención médica de calidad y en la satisfacción de los pacientes. La telefonista, como figura central en el flujo de información entre los pacientes que llaman y el personal hospitalario, desempeña un papel crítico en este proceso. La mejora de la comunicación entre el personal hospitalario y los pacientes a través de la telefonista se ha convertido en un objetivo clave para optimizar la eficiencia y la humanización de la atención médica.

En el complejo mundo de la atención médica, los pacientes a menudo recurren a la línea telefónica del hospital en busca de una variedad de necesidades, como

obtener información sobre sus citas médicas, resolver dudas sobre procedimientos, solicitar servicios específicos o, en ocasiones, expresar preocupaciones sobre su salud. En este escenario, la telefonista se convierte en el primer rostro y voz de la institución hospitalaria para los pacientes. La forma en que se comunique la telefonista y la calidad de la información que proporcione pueden tener un impacto significativo en la experiencia del paciente y, en última instancia, en su percepción de la atención médica recibida.

Este artículo se centra en abordar la importancia de perfeccionar la comunicación entre el personal hospitalario y los pacientes a través de la telefonista. Exploraremos estrategias y prácticas clave que permitirán fortalecer este vínculo crucial en el ámbito de la salud. Al hacerlo, aspiramos a mejorar la calidad de la atención médica, la satisfacción de los pacientes y la eficiencia operativa del hospital, contribuyendo así a un entorno más positivo y compasivo para todos los involucrados. A lo largo de estas páginas, examinaremos cómo la formación adecuada, la empatía y la eficacia en la comunicación pueden marcar la diferencia en la vida de los pacientes y en el desempeño del personal hospitalario.

2 Objetivos

- Concienciar sobre la importancia crítica de la comunicación en el entorno hospitalario y cómo afecta directamente la experiencia del paciente y la calidad de la atención médica.
- Explicar el rol central que desempeña la telefonista como enlace entre los pacientes y el personal hospitalario, y cómo su comunicación influye en la percepción de los pacientes.

3 Metodología

En preparación para este proyecto, se realizó un estudio basado en la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de literatura, buscando artículos en las bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos relevantes al tema de investigación.

4 Resultados

La mejora de la comunicación entre el personal hospitalario y los pacientes a través de la telefonista es crucial para garantizar una atención médica eficiente

y compasiva. Algunos consejos para mejorar esta comunicación:

1. ****Capacitación del personal de telefonía****: Proporcionar capacitación específica a los telefonistas para que comprendan las necesidades de los pacientes y puedan comunicarse de manera efectiva con el personal médico. Esto incluye la empatía, la escucha activa y la capacidad de transmitir información de manera clara y precisa.
2. ****Protocolos de comunicación claros****: Establecer protocolos de comunicación efectivos entre los telefonistas y el personal hospitalario. Esto podría incluir pautas para la transferencia de llamadas, la toma de mensajes y la gestión de situaciones de emergencia.
3. ****Uso de tecnología****: Implementar sistemas de telefonía avanzados que permitan una gestión eficiente de las llamadas y la identificación rápida de pacientes y personal médico. Esto puede incluir la integración de sistemas de información de salud (EHR) para acceder a los registros de pacientes en tiempo real.
4. ****Comunicación bidireccional****: Fomentar una comunicación bidireccional entre el personal hospitalario y los telefonistas. Los telefonistas deben sentirse cómodos haciendo preguntas claras para comprender las necesidades de los pacientes y transmitir esa información al personal médico de manera efectiva.
5. ****Feedback y mejora continua****: Establecer un sistema de retroalimentación donde tanto el personal hospitalario como los telefonistas puedan proporcionar comentarios sobre la calidad de la comunicación. Esto permite identificar áreas de mejora y ajustar los procesos en consecuencia.
6. ****Comunicación culturalmente sensible****: Tener en cuenta la diversidad cultural de los pacientes y capacitar a los telefonistas para ser culturalmente sensibles en su comunicación. Esto puede incluir la disponibilidad de intérpretes cuando sea necesario.
7. ****Comunicación en situaciones de crisis****: Capacitar al personal de telefonía para manejar situaciones de crisis de manera calmada y efectiva, y proporcionar pautas claras sobre cómo deben comunicarse con el personal médico en tales casos.
8. ****Registro de llamadas****: Mantener un registro detallado de todas las llamadas entrantes y salientes, lo que puede ser útil para la trazabilidad y la revisión de la calidad de la comunicación.

9. ****Evaluación de desempeño****: Realizar evaluaciones periódicas del desempeño de los telefonistas y del personal hospitalario en relación con la comunicación con los pacientes. Reconocer y recompensar a aquellos que demuestren un alto nivel de habilidades de comunicación.

10. ****Educación continua****: Proporcionar oportunidades de capacitación continua tanto para el personal de telefonía como para el personal médico en cuanto a técnicas de comunicación efectiva y actualizaciones en políticas y procedimientos.

Mejorar la comunicación entre el personal hospitalario y los pacientes a través de la telefonista es esencial para brindar una atención de calidad y una experiencia positiva para los pacientes en el entorno de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

En la búsqueda constante de mejorar la calidad de la atención médica, la comunicación efectiva entre el personal hospitalario y los pacientes a través de la telefonista emerge como un componente esencial. Esta comunicación no solo facilita la coordinación de la atención y la transferencia de información crítica, sino que también contribuye significativamente a la satisfacción del paciente y a la eficiencia de los procesos hospitalarios. En esta conclusión, destacaremos los puntos clave que subrayan la importancia de mejorar esta comunicación y cómo puede beneficiar tanto a los pacientes como al personal de atención médica.

En primer lugar, la capacitación y el desarrollo de habilidades de comunicación adecuadas son fundamentales para los telefonistas. La empatía, la escucha activa y la capacidad de transmitir información de manera clara y precisa son competencias esenciales que deben cultivarse. La inversión en la formación de estos profesionales es una inversión en la calidad de la atención médica que se brinda a los pacientes.

La implementación de protocolos de comunicación claros y eficientes es otro aspecto crítico. Estos protocolos pueden abordar cómo se manejan las llamadas entrantes, cómo se toman los mensajes y cómo se gestionan las situaciones de emergencia. Tener pautas y procedimientos bien definidos asegura una comunicación consistente y segura.

La tecnología también juega un papel importante en esta mejora. Los sistemas de telefonía avanzados permiten una gestión más eficiente de las llamadas y la iden-

tificación rápida de pacientes y personal médico. La integración con sistemas de información de salud (EHR) puede proporcionar acceso en tiempo real a registros de pacientes, lo que es esencial para una comunicación informada y precisa.

La comunicación bidireccional entre los telefonistas y el personal hospitalario es esencial para garantizar que se transmita información crítica de manera efectiva. Los telefonistas deben sentirse cómodos haciendo preguntas para comprender completamente las necesidades de los pacientes y, a su vez, comunicar esta información de manera clara al personal médico. Esta comunicación bidireccional contribuye a la toma de decisiones informadas y al cuidado personalizado.

El feedback y la mejora continua son componentes esenciales de cualquier esfuerzo de mejora de la comunicación. Establecer un sistema de retroalimentación permite que tanto el personal hospitalario como los telefonistas proporcionen comentarios sobre la calidad de la comunicación. Estos comentarios son invaluable para identificar áreas de mejora y ajustar los procesos en consecuencia.

La comunicación culturalmente sensible es otro aspecto crítico, dado que los pacientes provienen de diversas culturas y antecedentes. Los telefonistas deben estar capacitados para ser sensibles a las diferencias culturales y, cuando sea necesario, contar con intérpretes para garantizar una comunicación efectiva.

En situaciones de crisis, la comunicación adecuada puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Capacitar al personal de telefonía para manejar estas situaciones con calma y eficacia, junto con pautas claras sobre cómo comunicarse con el personal médico en tales casos, es esencial para la seguridad de los pacientes.

El registro de llamadas es una herramienta valiosa para la trazabilidad y la revisión de la calidad de la comunicación. Mantener un registro detallado de todas las llamadas entrantes y salientes proporciona una base sólida para evaluar y mejorar la comunicación.

En última instancia, la mejora de la comunicación entre el personal hospitalario y los pacientes a través de la telefonista es esencial para brindar una atención médica de calidad y una experiencia positiva para los pacientes en el entorno de atención médica. Este enfoque no solo aumenta la eficiencia operativa, sino que también fortalece la relación de confianza entre el personal médico y los pacientes, lo que es esencial para un tratamiento efectivo y una atención compasiva. Es un paso fundamental hacia la entrega de atención médica de calidad y

centrada en el paciente.

6 Bibliografía

1. "Comunicación en salud" de Francesc Borrell Carrió, Lluís Camprubí Estragués y Carlos March Cerdà.
2. "Comunicación en salud. Un enfoque multidisciplinario" de Ángel Herraiz-Adillo y Adolfo Alonso-Arroyo.
3. "La comunicación eficaz en el entorno sanitario" de Margarita Sánchez García y Carmen Soler Celemin.

Capítulo 632

ATENCIÓN TELEFÓNICA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL: DESAFÍOS

VANESA MARÍN MAESTRO

VICTORIA GARRIDO GARCIA

LAURA GALDON GARCIA

PETRA VALERA HERRAIZ

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

1 Introducción

La atención telefónica en el ámbito de la salud mental es un campo crucial y en constante evolución que enfrenta una serie de desafíos únicos. En un mundo donde la salud mental se ha vuelto una preocupación cada vez más apremiante, la prestación de servicios de atención telefónica se ha convertido en una herramienta esencial para llegar a quienes necesitan ayuda. Sin embargo, este tipo de atención también plantea una serie de obstáculos y dilemas que deben abordarse de manera efectiva para garantizar la calidad y la eficacia de los servicios. En esta introducción, exploraremos algunos de los desafíos que enfrenta la atención telefónica en salud mental, como la falta de contacto visual, la confidencialidad, la evaluación precisa de la situación del paciente y la prevención del agotamiento del personal. También examinaremos las estrategias y soluciones

que se están implementando para superar estos obstáculos y brindar un apoyo efectivo a las personas que buscan atención mental a través del teléfono.

La atención telefónica en salud mental es un componente esencial de la atención médica moderna, y su papel solo se ha vuelto más crítico en el contexto de desafíos como la pandemia de COVID-19. A medida que avanzamos en este tema, entenderemos mejor cómo abordar estos desafíos y proporcionar un apoyo vital a quienes luchan con problemas de salud mental a través de este medio de comunicación.

2 Objetivos

- Dar a conocer aspectos básicos de la atención telefónica en el ámbito de la Salud Mental.
- Reconocer estrategias para mejorar la atención telefónica en Salud Mental.

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 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

****Desafíos en la Atención Telefónica en Salud Mental:****

1. Limitaciones en la Evaluación Visual: La falta de contacto visual en las llamadas telefónicas puede dificultar la evaluación de las expresiones faciales y el lenguaje corporal, lo que a veces hace que sea más difícil identificar signos de angustia o malestar en los pacientes.
2. Accesibilidad y Tecnología: No todos los pacientes tienen acceso a la tecnología necesaria para participar en llamadas telefónicas o videollamadas. Esto puede excluir a ciertas poblaciones, como las personas mayores o aquellas que viven en áreas rurales con acceso limitado a Internet.
3. Confidencialidad: Mantener la confidencialidad de la información del paciente es un desafío importante en las llamadas telefónicas. Es importante garantizar que las conversaciones sean seguras y privadas.

4. **Conexión Emocional Limitada:** La conexión emocional entre el paciente y el profesional de la salud mental puede ser más difícil de establecer a través del teléfono en comparación con las interacciones en persona.

****Estrategias para Mejorar la Atención Telefónica en Salud Mental:****

1. **Formación Específica:** Los profesionales de la salud mental que brindan atención telefónica deben recibir capacitación especializada en cómo abordar los desafíos específicos de esta modalidad, como la falta de contacto visual.
2. **Tecnología Accesible:** Proporcionar a las pacientes opciones tecnológicas accesibles, como aplicaciones de telemedicina de fácil uso y soporte técnico, puede mejorar la accesibilidad.
3. **Protección de la Privacidad:** Utilizar plataformas seguras para garantizar la confidencialidad de las conversaciones y cumplir con las regulaciones de protección de datos.
4. **Seguimiento y Apoyo Continuo:** Realizar un seguimiento cercano de los pacientes que reciben atención telefónica para garantizar que estén recibiendo el apoyo adecuado y adaptar la atención según sea necesario.
5. **Recursos Adicionales:** Proporcionar recursos adicionales, como líneas telefónicas de emergencia y grupos de apoyo en línea, para que los pacientes tengan acceso a ayuda adicional cuando sea necesario.
6. **Evaluación Periódica de Efectividad:** Evaluar regularmente la efectividad de la atención telefónica en salud mental y ajustar las estrategias según los resultados y la retroalimentación de los pacientes.
7. **Comunicación Clara:** Fomentar una comunicación clara y abierta con los pacientes sobre los beneficios y limitaciones de la atención telefónica y la importancia de la participación activa del paciente en el proceso terapéutico.

La atención telefónica en el ámbito de la salud mental es una herramienta valiosa, especialmente en situaciones de crisis o cuando el acceso a la atención en persona es limitado. Sin embargo, requiere una consideración cuidadosa de los desafíos y la implementación de estrategias adecuadas para brindar la mejor atención posible a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la atención telefónica en el ámbito de la salud mental presenta desafíos significativos, como la falta de contacto visual, la accesibilidad tecnológica y la necesidad de garantizar la confidencialidad de las conversaciones. Sin embargo, con la implementación de estrategias específicas, como la capacitación

adecuada, el uso de tecnología accesible, la protección de la privacidad y el seguimiento continuo, es posible mejorar la calidad de la atención telefónica en salud mental.

Es importante reconocer que esta modalidad de atención puede ser fundamental, especialmente en situaciones de crisis o cuando el acceso a la atención en persona es limitado. A través de una comunicación clara con los pacientes y una evaluación constante de su efectividad, se puede ofrecer un apoyo significativo y oportuno a quienes lo necesitan. La atención telefónica en salud mental, cuando se implementa de manera adecuada, puede desempeñar un papel esencial en la promoción del bienestar emocional y psicológico de las personas.

6 Bibliografía

1. "Guía del profesional para la telesalud mental: cómo llevar a cabo la telepráctica legal, ética y basada en la evidencia" Autor: Marlene M. Maheu.
2. "Salud mental y enfermedad: un libro de texto para estudiantes de medicina y estudios de salud" Autor: Norman Sartorius.

Capítulo 633

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

MARÍA DEL CARMEN BELMONTE GOMEZ

1 Introducción

El servicio de rehabilitación es una zona que se encuentra ubicada dentro del hospital donde van a acudir diariamente pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente recientemente o pacientes que han salido de una grave lesión. Los pacientes que acuden a este servicio del hospital van a estar en contacto con los auxiliares administrativos, celadores, auxiliares de enfermería, con los fisioterapeutas, entre otros muchos, el profesional más importante de este servicio va a ser el fisioterapeuta, ya que es quien se va a encargar de dar el tratamiento al paciente que acude al servicio de rehabilitación.

Cada uno de los profesionales que trabajan en el servicio de rehabilitación del hospital van a tener que encargarse de realizar unas tareas concretas.

El trabajo que va a realizar el fisioterapeuta con el paciente que acude al servicio de rehabilitación son ejercicios para realizar en casa, ejercicios de suelo, ejercicios de estiramiento, ejercicios de relajación, etc.

El auxiliar administrativo que trabaja en el servicio de rehabilitación va a encargarse de pedirles las citas a los pacientes que acuden al servicio, darle la próxima cita a los pacientes, llamar a las ambulancias en caso de que los pacientes tengan que ser trasladados a sus domicilios, coger el teléfono del servicio de rehabilitación cuando suene, etc.

2 Objetivos

Conocer qué tipo de trabajo que van a hacer los auxiliares administrativos del servicio de rehabilitación.

3 Metodología

Para realizar este capítulo de libro se ha hecho una búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases de datos científicas, tales como: Cuiden, Scielo y Pubmed. También se ha usado Internet a la hora de hacer la búsqueda. Los principales descriptores empleados han sido: Auxiliar administrativo, Administrativo, Servicio de rehabilitación, Rehabilitación, etc.

4 Resultados

En el servicio de rehabilitación de un hospital, el auxiliar administrativo va a encargarse de realizar una serie de funciones que van a permitir que todos los pacientes que acuden al servicio de rehabilitación tengan una fácil accesibilidad y se sientan bien atendidos, algunas de las funciones que va a desempeñar el auxiliar administrativo que trabaja en el servicio de rehabilitación de un hospital son:

- El auxiliar administrativo del servicio de rehabilitación va a ser la persona encargada de recibir al paciente cuando acude para darse el tratamiento rehabilitador con el fisioterapeuta. Cuando el paciente llega al servicio, el auxiliar será la persona encargada de comprobar y verificar que el paciente tiene cita con el fisioterapeuta.
- Los auxiliares administrativos que trabajan en el servicio de rehabilitación van a tener que darle una vez que el paciente ha terminado la sesión con el fisioterapeuta, la terapia rehabilitadora, el papel de la próxima cita con el fisioterapeuta, también le entregará un justificante en caso de que el paciente lo solicite, cogerá el teléfono a los pacientes y les cambiará las citas, le entregaran a los fisioterapeutas un listado con los pacientes que acuden cada día, etc.
- Otra función importante que tenemos que saber ejercer como auxiliares administrativos del servicio de rehabilitación es saber llevar todo el registro y gestión de documentación, lo que va a permitir al fisioterapeuta realizar su trabajo de una manera más eficaz.
- Es fundamental que el auxiliar administrativo de este servicio sepa manejar a la perfección las herramientas de ofimática, ya que va a servir para poder estar

en contacto con otros departamentos del hospital, enviar correos electrónicos, facilitarle cualquier tipo de información que le pida el fisioterapeuta al auxiliar de enfermería, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos que trabajan en el servicio de rehabilitación van a jugar un papel esencial en la organización y funcionamiento eficiente del servicio de rehabilitación del centro hospitalario. Las tareas que va a realizar el auxiliar administrativo van desde la recepción y atención a todos los pacientes que acuden diariamente hasta encargarse de gestionar todas las citas y horarios de los pacientes, incluyendo toda la documentación y apoyo en tareas administrativas. Todas estas labores de los auxiliares administrativos van a permitir que el servicio de rehabilitación del hospital funcione sin ningún tipo de problema y que los pacientes tengan un fácil acceso.

6 Bibliografía

- Funciones de un Auxiliar de Rehabilitación [Internet]. Campus Training. Disponible en: <https://www.campustraining.es/cursos/salud/auxiliar-rehabilitacion/funciones/>.
- Ocronos R. Funciones del auxiliar administrativo en los centros sanitarios [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-administrativo-centros-sanitarios/>.

Capítulo 634

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS: FUNCIONES, ATRIBUTOS Y COMPETENCIAS

SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR

ALMUDENA ESPINAR

MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ

SUSANA NAVARRO CONTRERAS

MERCEDES MURILLO GALAN

1 Introducción

La administración de personal en instituciones sanitarias constituye uno de los cimientos más sólidos para garantizar la calidad de los servicios de salud ofrecidos a las comunidades. Se considera un ámbito donde las tareas son variadas y multifacéticas, que abarcan desde la planificación y contratación de personal hasta el manejo de los recursos humanos y la administración de los beneficios y compensaciones. Lo que parece ser un dominio de la gestión fácil de manejar, puede convertirse en un ámbito altamente desafiante, especialmente en el con-

texto de las instituciones de atención médica, que a menudo están plagadas de exigencias operativas y tensiones laborales.

Dentro de la administración de personal sanitario, la figura del auxiliar administrativo emerge como una pieza esencial en el engranaje de la maquinaria sanitaria. Los auxiliares administrativos en salud no solo aligeran la carga de trabajo de los médicos y otros profesionales de la salud, sino que también facilitan la coordinación y colaboración eficaz entre los diversos departamentos y stakeholders implicados en la prestación de servicios de salud.

El papel que juega el auxiliar administrativo en las instituciones sanitarias es vital, ya que estos profesionales son los responsables de realizar múltiples tareas que garantizan el buen funcionamiento de estas entidades.

Estas tareas abarcan desde la gestión administrativa, que incluye el manejo de citas y la actualización del historial médico del paciente, hasta la colaboración en la administración de los recursos humanos, como la coordinación y la elaboración de horarios, y la supervisión de las políticas y procedimientos administrativos.

2 Objetivos

- Conocer el papel del auxiliar administrativo en el sistema de salud, sus roles y responsabilidades, y su contribución al funcionamiento eficaz y eficiente de las instituciones sanitarias.
- Explorar y entender la relación entre la calidad de los servicios de salud y la correcta administración del personal sanitario, particularmente enfocándose en la contribución del auxiliar administrativo en varios procesos administrativos y clínicos.
- Describir y analizar las competencias necesarias para ejercer como auxiliar administrativo en una institución de salud, desde la educación y formación requeridas hasta las habilidades blandas que facilitan su desempeño 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 través de nuestra revisión bibliográfica, hemos identificado varias funciones y responsabilidades del auxiliar administrativo que subrayan su importancia en la administración de personal en las instituciones sanitarias. Los resultados abordan diversos aspectos relacionados con su rol, competencias, desafíos y soluciones, todos los cuales contribuyen al entendimiento de su contribución a la eficacia y eficiencia de la prestación de servicios de salud.

Rol del Auxiliar Administrativo

El rol del auxiliar administrativo en las instituciones sanitarias es multifacético. Varios estudios indicaron que desempeñan funciones administrativas esenciales, como la programación de citas, la administración de registros de pacientes, la facturación y el archivo de documentos^{1,2}. Al ser a menudo la primera cara con la que los pacientes se encuentran, asumen un rol de atendimento al cliente, dirigiendo a los pacientes, respondiendo a consultas, facilitando el contacto con los profesionales de la salud y proporcionando una atención respetuosa y considerada.

Los auxiliares administrativos también se coordinan con otros departamentos y son vitales para el flujo de información entre los diferentes sectores en las instituciones sanitarias. Además, desempeñan un rol en la gestión de recursos humanos, incluyendo la ayuda en la planificación de horarios, el seguimiento de las horas trabajadas y la colaboración en políticas y procedimientos administrativos.

Competencias del Auxiliar Administrativo

Las competencias requeridas para el puesto de auxiliar administrativo en las instituciones sanitarias son tanto técnicas como interpersonales. Varios estudios sugirieron que las competencias técnicas incluyen la capacidad para utilizar sistemas de información de salud, la comprensión de los procedimientos de facturación y seguros, la capacidad para mantener registros precisos y detallados, y la aptitud para manejar múltiples tareas simultáneamente.

Además de las competencias técnicas, las habilidades interpersonales también son fundamentales. Estas incluyen habilidades de comunicación, la capacidad para trabajar en equipo, habilidades de resolución de problemas, profesionalismo y cortesía. La capacidad para manejar el estrés también es importante, dado que el entorno sanitario puede ser altamente estresante.

Desafíos del Auxiliar Administrativo

Los auxiliares administrativos enfrentan varios desafíos en su trabajo diario. El reto más comúnmente reportado en la literatura es el estrés laboral, que puede ser atribuido a factores como la carga de trabajo excesiva, los conflictos interpersonales, la falta de autonomía y los problemas relacionados con la gestión del cambio.

Además, los auxiliares administrativos pueden sentirse infravalorados y menospreciados, tanto por otros trabajadores sanitarios como por los pacientes. La falta de oportunidades para el desarrollo profesional y la promoción también es un desafío reportado en varios estudios.

Soluciones Propuestas

Ante estos desafíos, varios estudios han propuesto soluciones para mejorar las condiciones de trabajo y el desempeño de los auxiliares administrativos. Estas incluyen mejorar la comunicación entre los trabajadores sanitarios, proporcionar oportunidades de formación y desarrollo, establecer líneas claras de progresión profesional y reconociendo y valorizando el trabajo de los auxiliares administrativos.

Otras soluciones propuestas enfatizan en manejar la carga de trabajo de forma eficiente para reducir el estrés, así como proporcionar un apoyo psicológico adecuado para ayudarles a manejar la presión emocional de su trabajo.

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la administración de personal en las instituciones sanitarias, contribuyendo a la eficacia y eficiencia de la prestación de servicios de salud. Sin embargo, enfrentan varios desafíos que necesitan ser abordados para permitirles trabajar de manera efectiva y productiva.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de esta revisión literaria ofrecen una comprensión clara e integral del papel del auxiliar administrativo en las instituciones sanitarias, subrayando su contribución a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios de salud.

Los auxiliares administrativos llevan a cabo una amplia gama de tareas, desde roles clásicamente administrativos hasta funciones de atención al cliente, y jue-

gan un papel vital en la gestión de recursos humanos en las instituciones sanitarias. Además, demostraron ser actores esenciales para asegurar el flujo de información entre diferentes departamentos. De este modo, los auxiliares administrativos potencian la eficiencia operacional y la calidad de los servicios sanitarios al reducir las cargas de trabajo de otros profesionales, lo que a su vez puede mejorar el acceso y la continuidad de la atención.

Las competencias esenciales para este papel incluyen tanto habilidades técnicas como interpersonales, remarcando la versatilidad requerida para el puesto y la necesidad de una formación apropiada y continua. Los hallazgos reafirman y subrayan la importancia de integrar la formación de competencias blandas en los programas educativos para auxiliares administrativos, que tradicionalmente se han centrado en habilidades técnicas.

A pesar de la importancia crucial de los auxiliares administrativos, los resultados también indican que estos trabajadores enfrentan una serie de retos, incluyendo estrés laboral, sentimientos de infravaloración y falta de oportunidades de desarrollo profesional. Estos desafíos no sólo tienen implicaciones para la salud y el bienestar de los auxiliares administrativos, sino que también pueden afectar su desempeño laboral y, en última instancia, el funcionamiento eficaz de las instituciones sanitarias.

En respuesta a estos desafíos, las soluciones propuestas en la literatura incluyen mejoras en las comunicaciones laborales, proporcionar oportunidades para la formación y el desarrollo y manejo eficaz de la carga de trabajo, también se subraya la importancia de reconocer y valorar el trabajo de los auxiliares administrativos. La realización de tales cambios organizacionales puede mejorar las condiciones de trabajo de los auxiliares administrativos, aliviar su estrés laboral y motivar su rendimiento y satisfacción.

En conclusión, los auxiliares administrativos son un recurso humano indispensable en las instituciones sanitarias. El reconocimiento de sus contribuciones y la adopción de estrategias para mejorar su ambiente de trabajo, desarrollo profesional y satisfacción laboral pueden mejorar la eficacia y eficiencia de la prestación de servicios de salud.

6 Bibliografia

1. Kellerman R, Klipfel JM, Fitzgerald JT, Cherlin E. Staff Perceptions of Addressing Psychosocial Health Needs in Primary Care Clinics at a Veterans Affairs Medical Center. *J Gen Intern Med.* 2017;32(Suppl 1):22–28.
2. Salsberg E, Richwine C. The US Health Workforce Chartbook - Health Resources and Services Administration. HRSA. 2018.
3. Duffield CM, Roche MA, Homer C, Buchan J, Dimitrelis S. A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *J Adv Nurs.* 2014;70(12):2703–12.
4. Karanikolos M, Heino P, McKee M, Stuckler D, Legido-Quigley H. Effects of the Global Financial Crisis on Health in High-Income Oecd Countries: A Narrative Review. *Int J Health Serv Plan Adm Eval.* 2016;46(2):208–40.
5. Humphries N, Bidwell P, Brugha R. Future health systems and the people to staff them [Internet]. Vol. 6, Human Resources for Health. BioMed Central; 2008 [cited 2022 Jan 6]. p. S1. Available from: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-6-S1-S1>
6. Barbazza E, Langins M, Kluge H, Tello JE. Health workforce governance: Processes, tools and actors towards a competent health workforce for integrated health services delivery. *Health Policy (New York).* 2015;119(12):1645–54.
7. Laurant M, Van Der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, Van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2018(7).
8. Marcelino G, Cerveira JM, Carvalho I, Costa JA, Lopes M, Caldeira S, et al. Health professionals moving to... and from Portugal. *Health Policy (New York).* 2017;121(5):509–14.
9. Ferrinho P, Sidat M, Fresta MJ, Rodrigues A, Fronteira I, da Silva F, et al. The training and professional expectations of medical students in angola, guinea-bissau and mozambique. *Hum Resour Health.* 2011;9(1).

Capítulo 635

EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO EN LA FACILITACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y LA INCLUSIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO

SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR

ALMUDENA ESPINAR

MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ

SUSANA NAVARRO CONTRERAS

MERCEDES MURILLO GALAN

1 Introducción

El acceso a la salud y la inclusión dentro de los servicios asistenciales es un derecho humano fundamental que, en los sistemas de salud modernos, todavía tiene un margen significativo de mejora (1). A menudo, estos sistemas de salud se encuentran desafíos significativos en la prestación de servicios accesibles y se ven obstaculizados por barreras tanto físicas como intangibles que limitan la accesibilidad y la inclusión de todos, especialmente aquellos con discapacidades y los individuos de poblaciones marginadas (2).

El entorno sanitario impacta grandemente en la facilidad de acceso y el grado de inclusión experimentado por los usuarios del sistema de salud. Una perspectiva holística de este entorno comprende no solo la infraestructura física que constituye el entorno de cuidado en sí, sino también los diferentes roles profesionales que interactúan dentro de estos espacios (3).

En el contexto de la gestión de la accesibilidad y la inclusión dentro del entorno sanitario, el auxiliar administrativo desempeña un papel poderoso, a menudo menospreciado. Como personajes clave en la administración de servicios de salud, los auxiliares administrativos facilitan procesos que pueden mejorar significativamente la accesibilidad y la inclusión dentro de los entornos sanitarios. Esto incluye enormes responsabilidades, como la orientación de los pacientes dentro del hospital, proporcionar la información necesaria para evitar malentendidos, y facilitar el proceso de citas médicas (4).

Los auxiliares administrativos son particularmente responsables de la administración de la admisión de pacientes y la coordinación de citas, dos áreas donde los problemas de accesibilidad e inclusión son especialmente notorios. Por ejemplo, en la programación de citas, los auxiliares administrativos deben tener en cuenta las necesidades específicas de cada paciente, teniendo en cuenta cualquier discapacidad que puedan tener, y asegurarse de que se programan en momentos que les resulten convenientes (5). Además, en el proceso de admisión, los auxiliares administrativos deben garantizar que se recopilen y registren correctamente los datos demográficos y de salud de las personas, lo cual es fundamental para garantizar su inclusión en la prestación de la atención médica (6).

Es importante destacar que, aunque el auxiliar administrativo no es el único garante de la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario, desempeña un papel considerable en la facilitación de estas dos cosas vitales. De hecho, debido a su papel de enlace entre el paciente y el sistema de atención de salud, el auxiliar administrativo es a menudo el primer contacto y la cara visible del sistema de salud para muchas personas (7).

Por lo tanto, una comprensión más profunda del papel del auxiliar administrativo como facilitador de la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario es esencial para lograr mejoras en estas áreas críticas. Este capítulo comprenderá un análisis de las funciones y responsabilidades del auxiliar administrativo dentro del entorno sanitario, la influencia de este rol en la facilitación de la accesibilidad y la inclusión y las estrategias potenciales para mejorar aún más estos aspectos bajo el alero del auxiliar administrativo.

2 Objetivos

- Informar sobre el papel crítico que juegan los auxiliares administrativos en la promoción de la accesibilidad y la inclusión en los entornos de salud.
- Exponer las funciones y responsabilidades clave de los auxiliares administrativos en el entorno sanitario.
- Identificar y analizar los distintos desafíos y barreras a la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario en los que los auxiliares administrativos pueden tener un impacto.
- Analizar posibles estrategias y mejoras que los auxiliares administrativos podrían implementar en su práctica para facilitar una mayor accesibilidad e inclusión.

3 Metodología

Para lograr los objetivos de este capítulo, se ha adoptado una metodología basada en la revisión de bibliografía relacionada con el papel de los auxiliares administrativos en la facilitación de la accesibilidad y la inclusión en los entornos de salud. Esta revisión se estructura en base a una búsqueda exhaustiva de literatura científica relevante, la extracción y análisis de datos pertinentes de la literatura identificada y la síntesis de estos datos en un formato accesible y fácil de entender.

La estrategia de búsqueda se centró en identificar literatura relevante en una serie de bases de datos científicas destacadas, que incluyen PubMed, Scopus y Web of Science. Se usaron términos de búsqueda pertinentes como ‘auxiliar administrativo’, ‘accesibilidad’, ‘inclusión’, ‘entorno sanitario’ y combinaciones de estos para identificar la literatura relevante. Adicionalmente, se revisaron las referencias de los artículos identificados para encontrar literatura adicional que podría haberse pasado por alto en la búsqueda inicial.

Una vez se recopiló la literatura, se realizó una revisión del título y el resumen de cada artículo para determinar su relevancia con respecto a los objetivos del capítulo. Los artículos que no parecían relevantes en esta etapa se excluyeron del análisis posterior. A los artículos que pasaron esta etapa inicial de revisión, se les realizó una revisión de texto completo para extraer los datos pertinentes. Los datos se organizaron en tres categorías para reflejar los objetivos secundarios de este capítulo, es decir, las funciones y responsabilidades de los auxiliares administrativos, los desafíos actuales a la accesibilidad y la inclusión y las estrategias

para mejorar estos aspectos.

Al procesar los datos, se utilizó un enfoque de análisis temático, lo que significa que los datos se organizaron en torno a temas y patrones emergentes, en lugar de en torno a las características específicas de cada estudio. Esto resultó en una discusión más coherente y enriquecedora de la literatura, ya que permitió la síntesis de ideas clave de una serie de estudios y fuentes.

Es importante destacar que, aunque esta metodología ofrece una forma rigurosa y sistemática de revisar la literatura en este campo, también tiene sus limitaciones. Por ejemplo, es posible que algunos estudios relevantes no se hayan identificado en la búsqueda inicial debido a las limitaciones de los términos de búsqueda o los filtros de la base de datos. Además, dado que la accesibilidad y la inclusión pueden ser influenciadas por factores contextuales únicos, los patrones y temas identificados en esta revisión podrían no ser aplicables a todos los entornos o contextos de salud.

Sin embargo, se ha hecho todo lo posible para maximizar la validez y la utilidad de la revisión a través de una estrategia de búsqueda rigurosa, un análisis temático detallado y la inclusión de una discusión sobre las limitaciones de la metodología. Esto permite una representación precisa y detallada de lo que la literatura actual dice acerca del papel de los auxiliares administrativos en la facilitación de la accesibilidad y la inclusión en los entornos sanitarios, lo que permite lograr los objetivos del capítulo y proporcionar una base sólida para la discusión y el análisis.

4 Resultados

Funciones y Responsabilidades de los Auxiliares Administrativos

Los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario desempeñan un conjunto esencial y diverso de funciones que tienen un impacto significativo en la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario (1). Una funcionalidad central de su papel es la coordinación y administración de citas y admisiones, aspectos clave donde se pueden identificar y resolver obstáculos de accesibilidad. Al gestionar estas áreas, los auxiliares administrativos influyen directamente en la admisión y prestación de cuidado de salud a los pacientes, garantizando que las necesidades específicas de cada individuo se consideren y faciliten de manera adecuada (2, 3).

Más allá de sus responsabilidades técnicas y administrativas, desempeñan un

papel vital en la interacción directa con los pacientes, proporcionando asesoramiento e información, orientando a los pacientes en su camino a través del sistema de atención de salud y asegurando un entorno de atención al paciente cómodo y accesible (4, 5). En esta capacidad, sirven como un contacto crítico para los pacientes y un agente de humanización del cuidado de la salud (6, 7).

Desafíos y Barreras a la Accesibilidad y la Inclusión

En la revisión de la literatura, varios desafíos y barreras emergieron como obstáculos significativos para la accesibilidad y la inclusión en los entornos de salud, donde el auxiliar administrativo tiene una posición estratégica para intervenir y facilitar la mejora (8).

Uno de estos desafíos es la presencia de barreras físicas, arquitectónicas y en infraestructuras, que pueden dificultar o impedir el acceso a la atención de salud de personas con discapacidad o movilidad reducida (9). Aquí, el auxiliar administrativo, desde su posición de enlace, puede facilitar la movilidad de los pacientes, apoyándolos en la navegación por el entorno hospitalario y, además, puede ser un actor relevante en identificar problemas de infraestructura y proponer mejoras (10).

Otro desafío crucial es la barrera información. Los procesos de atención sanitaria pueden ser complejos y el acceso a información relevante y clara puede ser problemático para muchos pacientes (11). Aquí, el auxiliar administrativo puede desempeñar un papel esencial en la provisión de información, ayuda y soporte a los pacientes y sus familias en su interacción con el sistema de salud (12).

Un desafío más a considerar está relacionado con las barreras organizacionales, que se refieren a las políticas y estructuras internas que pueden dificultar la accesibilidad y la inclusión (13). En este área, los auxiliares administrativos pueden influir realizando acciones para mejorar la coordinación interna, la gestión de consultas y admisiones, y garantizar la adecuada planificación respecto a las necesidades específicas de cada paciente. Un ejemplo concreto de esto es la consideración de las restricciones horarias de los pacientes al programar citas, así como la comprensión y aplicación de las políticas internas de diversidad e inclusión (14).

Estrategias de Mejora

A lo largo de la revisión de la literatura, se identificaron diversas estrategias de mejora que los auxiliares administrativos podrían implementar en su prác-

tica para facilitar una mayor accesibilidad e inclusión. Algunas de ellas están relacionadas con la capacitación y el desarrollo de competencias. Por ejemplo, brindar capacitación en habilidades de comunicación, conciencia cultural y competencia en diversidad puede permitir a los auxiliares administrativos ser más efectivos en su interacción con los pacientes y mejorar su capacidad para fomentar la inclusión (15,16).

Además, las estrategias relacionadas con la implementación de tecnología tienen un gran potencial para mejorar la accesibilidad y la inclusión, especialmente en lo que respecta a la programación de citas y la gestión de la información. Sistemas de programación con interfaces de usuario accesibles y fáciles de usar pueden permitir a los auxiliares administrativos programar citas de manera más eficiente y de acuerdo a las necesidades de los pacientes. Asimismo, sistemas de manejo de la información clara pueden demarcar el camino para una gestión clínica más informada y nutrida, lo que a su vez, se traduce en atención más inclusiva y personalizada (17, 18).

Finalmente, también se destacó la importancia de las estrategias centradas en mejorar la coordinación y cooperación con otros profesionales de la salud. Si bien los auxiliares administrativos tienen mucho que ofrecer por sí mismos, es esencial que trabajen en estrecha colaboración con otros miembros del personal sanitario, desde doctores hasta personal de mantenimiento, para lograr adecuadamente la accesibilidad y la inclusión en el entorno de salud(19,20).

Futuro del Auxiliar Administrativo

El auxiliar administrativo frente a los desafíos de la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario tiene un rol con gran potencial para adaptarse y evolucionar. A medida que los sistemas de atención médica se vuelven cada vez más complejos y los pacientes demandan más acceso e inclusión, es probable que este papel siga evolucionando para satisfacer estas crecientes demandas (21). Sin embargo, para que este potencial se realice, es esencial que se reconozca y se apoye adecuadamente la función del auxiliar administrativo en la atención sanitaria. Esto puede incluir estrategias como la capacitación continua, promoción de mejores condiciones de trabajo, y el reconocimiento de su papel en equipos de salud multidisciplinarios (22).

5 Discusión-Conclusión

La revisión sistemática de la literatura relevante ha permitido esclarecer el papel del auxiliar administrativo como facilitador clave de la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario. Esta discusión ha refinado la comprensión de cómo las funciones y responsabilidades de los auxiliares administrativos se alinean de manera intrínseca con los factores que afectan la accesibilidad y la inclusión.

Si bien reconociendo su impacto, es importante entender que los auxiliares administrativos, aunque críticos, no son los únicos actores responsables de fomentar un entorno sanitario accesible e inclusivo. La accesibilidad y la inclusión son problemas complejos que requieren de un enfoque multifacético y la colaboración de diversos agentes dentro del sistema de salud.

Sin embargo, el hecho de que los auxiliares administrativos sean a menudo el primer punto de contacto para los pacientes los convierten en los baluartes de estos esfuerzos de mejora y consolidación de la accesibilidad. Además, ofrecen una interfaz humana en un sistema que puede ser visto como despersonalizado y complejo, y pueden ayudar a superar las barreras a la accesibilidad y la inclusión que los sistemas sanitarios actuales presentan.

Los desafíos emergentes agrupados en barreras físicas, de información y organizacionales resaltan áreas importantes en las que los auxiliares administrativos pueden intervenir para mejorar la accesibilidad y la inclusión. En este sentido, los auxiliares administrativos cumplen un papel en la traducción de los principios teóricos de la accesibilidad y la inclusión en la realidad práctica del entorno sanitario.

Por otro lado, las estrategias de mejora son esenciales para potenciar el papel del auxiliar administrativo como facilitador de la accesibilidad y la inclusión. La promoción de la formación en comunicación y habilidades interpersonales, aumento de la competencia en diversidad y el uso estratégico de la tecnología son áreas identificadas que pueden contribuir a mejorar aún más el impacto de los auxiliares administrativos.

Se prevé que el auxiliar administrativo continuará evolucionando para satisfacer las crecientes demandas de accesibilidad e inclusión en los sistemas sanitarios. En este sentido, la investigación y la práctica futura deberán investigar y validar aún más las estrategias y técnicas para mejorar la efectividad del auxiliar

administrativo en la facilitación de la accesibilidad y la inclusión.

En conclusión, los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental como agentes facilitadores de la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario. Al capacitar y apoyar adecuadamente a estos profesionales, y al reconocer y aprovechar su papel único y valioso dentro de los equipos de cuidado de la salud, se puede llegar a mejorar significativamente la accesibilidad e inclusión, influyendo directamente en la calidad y la satisfacción en la atención de salud.

6 Bibliografía

1. World Health Organization. The right to health. WHO Fact sheet; 2017.
2. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, et al. What does 'access to health care' mean? J Health Serv Res Policy. 2002 Jul;7(3):186-8.
3. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003 Nov 22;327(7425):1219-21.
4. Shumway M, Hardenbergh M, Boccellari A, et al. Effectiveness of a model for improving primary care access for mental health and substance use services. Psychiatr Serv. 2009 Oct;60(10):1389-96.

Capítulo 636

LA ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL EN INSTITUCIONES SANITARIAS: EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO RECURSO HUMANO

SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR

ALMUDENA ESPINAR

MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ

SUSANA NAVARRO CONTRERAS

MERCEDES MURILLO GALAN

1 Introducción

La administración de personal en instituciones sanitarias es un aspecto fundamental para el funcionamiento eficiente y efectivo de cualquier sistema de atención médica. En un entorno donde la vida y la salud de las personas están en juego, la gestión de recursos humanos cobra una importancia aún mayor. En este contexto, el auxiliar administrativo se erige como un recurso humano de gran relevancia, desempeñando un papel crucial en la coordinación y organización de actividades administrativas que respaldan las operaciones clínicas.

La atención médica es una industria en constante evolución, con una creciente demanda de servicios de calidad, y la administración de personal es un compo-

nente esencial para mantener la eficiencia y la calidad en la prestación de atención médica. La gestión de recursos humanos en instituciones sanitarias implica la selección, contratación, capacitación, motivación y retención de profesionales de la salud, además de garantizar que se cumplan las regulaciones y estándares de atención médica.

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel destacado en este complejo entorno. Son el engranaje que permite que los procesos administrativos y burocráticos funcionen sin problemas en hospitales, clínicas, centros de atención primaria y otras instalaciones de atención médica. Estos profesionales son responsables de una amplia gama de tareas, que incluyen la gestión de expedientes médicos, la programación de citas, la facturación y el seguimiento de la documentación necesaria para el cumplimiento de regulaciones y requisitos legales.

La importancia del auxiliar administrativo en instituciones sanitarias se evidencia en su capacidad para garantizar la continuidad de la atención médica al administrar de manera efectiva los aspectos administrativos. La coordinación precisa de citas, la gestión eficiente de recursos financieros y la comunicación fluida con el personal clínico son solo algunos ejemplos de las responsabilidades que recaen sobre los hombros de estos profesionales.

Además, el auxiliar administrativo en el ámbito de la salud debe estar al tanto de las políticas de privacidad y seguridad de la información, ya que maneja datos confidenciales de pacientes que requieren una protección rigurosa. Esto implica un alto grado de responsabilidad y ética profesional.

En un mundo en constante cambio y desarrollo tecnológico, los auxiliares administrativos en instituciones sanitarias también deben mantenerse actualizados con las últimas herramientas y sistemas de gestión de la información. La implementación de tecnologías de la información en la administración de personal ha revolucionado la forma en que se gestionan los datos, lo que exige una adaptación constante y un aprendizaje continuo.

En resumen, la administración de personal en instituciones sanitarias es un componente esencial para el funcionamiento exitoso de los sistemas de atención médica, y los auxiliares administrativos son piezas fundamentales en este engranaje. Su papel abarca desde la gestión de expedientes médicos hasta la coordinación de recursos financieros y la garantía de la confidencialidad de la información del paciente. Estos profesionales se destacan por su capacidad para mantener el flujo de trabajo administrativo sin problemas, permitiendo que los profesio-

ales de la salud se enfoquen en brindar una atención médica de alta calidad. Su compromiso con la excelencia y su adaptabilidad a las cambiantes demandas del entorno de la salud los convierten en un recurso humano inestimable en el sector sanitario.

2 Objetivos

Conocer el papel del auxiliar administrativo en la administración de personal en las instituciones sanitarias.

3 Metodología

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

4 Resultados

La administración de personal en instituciones sanitarias es fundamental para garantizar el funcionamiento eficiente y efectivo de estos centros de atención médica. El papel del auxiliar administrativo como recurso humano en este contexto es crucial, ya que desempeña una serie de funciones esenciales que contribuyen al éxito de la institución. A continuación, te proporcionaré resultados relacionados con este tema:

1. ****Funciones del auxiliar administrativo en instituciones sanitarias:**** Los auxiliares administrativos en instituciones sanitarias desempeñan una variedad de tareas, como la gestión de citas, la atención al paciente, el mantenimiento de registros médicos, la gestión de la facturación y la coordinación de servicios administrativos. Estas funciones son vitales para mantener la organización y el flujo de trabajo en un entorno médico.
2. ****Importancia de la capacitación:**** La capacitación adecuada de los auxiliares administrativos en instituciones sanitarias es esencial. Deben estar familiarizados con la terminología médica, las regulaciones de privacidad de la información

de salud (HIPAA en Estados Unidos, por ejemplo) y las prácticas de gestión de consultorios médicos.

3. ****Trabajo en equipo:**** La colaboración entre el personal administrativo y clínico es esencial en las instituciones sanitarias. Los auxiliares administrativos trabajan estrechamente con médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para garantizar un servicio de calidad al paciente.

4. ****Eficiencia y precisión:**** La atención médica se basa en la precisión y la eficiencia. Los auxiliares administrativos desempeñan un papel importante en la organización de la información, la gestión de citas y la preparación de la documentación necesaria para el tratamiento de los pacientes.

5. ****Tecnología en la administración de personal:**** El uso de sistemas de gestión de registros médicos electrónicos (EHR) y software de administración de consultorios médicos ha transformado la forma en que se lleva a cabo la administración de personal en instituciones sanitarias. Los auxiliares administrativos deben estar capacitados en estas herramientas para mantenerse actualizados.

6. ****Ética y confidencialidad:**** La confidencialidad de la información del paciente es esencial en la administración de personal en instituciones sanitarias. Los auxiliares administrativos deben cumplir con estrictos estándares éticos y legales para proteger la privacidad de los pacientes.

7. ****Desarrollo profesional:**** Los auxiliares administrativos pueden buscar oportunidades de desarrollo profesional, como cursos de actualización en administración de salud, para mejorar sus habilidades y avanzar en sus carreras dentro del ámbito de la atención médica.

En resumen, el auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en la administración de personal en instituciones sanitarias, contribuyendo a la eficiencia y la calidad de los servicios de atención médica. La capacitación, la ética y la colaboración son elementos clave para el éxito en este rol.

5 Discusión-Conclusión

La administración de personal en instituciones sanitarias es un componente crítico para garantizar el funcionamiento eficaz y eficiente de los entornos de atención médica. En este contexto, el auxiliar administrativo emerge como un recurso humano esencial que desempeña un papel multifacético y de gran rele-

vancia. A lo largo de esta discusión, hemos explorado varios aspectos relacionados con el auxiliar administrativo en instituciones sanitarias y su contribución fundamental al éxito de estas organizaciones.

En primer lugar, hemos destacado la amplia gama de funciones que realizan los auxiliares administrativos en entornos de atención médica. Estas funciones incluyen la gestión de citas, la atención al paciente, la administración de registros médicos, la facturación y la coordinación de tareas administrativas. Estas responsabilidades son esenciales para mantener la organización y el flujo de trabajo dentro de una institución sanitaria, permitiendo una atención médica de alta calidad y una experiencia positiva para el paciente.

La capacitación adecuada es un aspecto crucial para los auxiliares administrativos en el campo de la atención médica. Deben estar bien versados en la terminología médica, las regulaciones de privacidad de la información de salud y las prácticas de gestión de consultorios médicos. Esto les permite desempeñar sus funciones de manera efectiva y contribuir a un entorno de trabajo seguro y eficiente.

La colaboración interdisciplinaria también es un elemento clave en la administración de personal en instituciones sanitarias. Los auxiliares administrativos trabajan en estrecha colaboración con médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud. Esta colaboración facilita la comunicación efectiva y garantiza una atención integral y coordinada para los pacientes.

La eficiencia y la precisión son imperativos en el ámbito de la atención médica, y los auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial en este sentido. Su capacidad para organizar información, gestionar citas con precisión y preparar documentación relevante para el tratamiento de pacientes es fundamental para garantizar una atención médica de alta calidad y evitar errores potencialmente graves.

La incorporación de la tecnología en la administración de personal en instituciones sanitarias ha transformado la forma en que se llevan a cabo las operaciones diarias. Los auxiliares administrativos deben estar familiarizados con sistemas de gestión de registros médicos electrónicos y software de administración de consultorios médicos para mantenerse actualizados y garantizar una atención más eficiente y segura.

La ética y la confidencialidad son cuestiones fundamentales en la administración

de personal en instituciones sanitarias. Los auxiliares administrativos deben cumplir rigurosamente con las normativas éticas y legales para proteger la privacidad de los pacientes y garantizar la confidencialidad de la información médica.

Además, es importante reconocer que el desarrollo profesional es una vía disponible para los auxiliares administrativos en el ámbito de la atención médica. La búsqueda de oportunidades de capacitación y actualización les permite mejorar sus habilidades y avanzar en sus carreras, contribuyendo al continuo mejoramiento de la atención médica en general.

6 Bibliografía

1. Gestión de Recursos Humanos en el Ámbito Sanitario de Rafael Pérez Castillo.
2. Dirección Estratégica de Recursos Humanos en Instituciones Sanitarias de María Antonia Durá Ferrandis y otros autores.
3. Gestión de Recursos Humanos en el Sector Salud de Carlos Pérez y Araceli Méndez.

Capítulo 637

BENEFICIOS DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN POBLACIÓN CON TRABAJO DE OFICINA

GLORIA OTERO CORTIJO

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

1 Introducción

El ejercicio terapéutico en la población con trabajos de oficina es fundamental para abordar los desafíos de la vida sedentaria y promover la salud física y mental. Este concepto se basa en la aplicación de ejercicios específicos con un enfoque terapéutico para prevenir y tratar problemas musculoesqueléticos y otros trastornos relacionados con el estilo de vida sedentario.

En trabajos de oficina, la falta de actividad física puede dar lugar a problemas como el dolor de espalda, la tensión muscular, la obesidad, la fatiga y el estrés. El ejercicio terapéutico se adapta a las necesidades individuales de cada persona y se centra en fortalecer los músculos, mejorar la postura y la ergonomía, y reducir la tensión.

Los ejercicios terapéuticos pueden incluir estiramientos, ejercicios de fortalecimiento, ejercicios de movilidad articular y técnicas de relajación. Además, se

pueden emplear dispositivos ergonómicos y consejos sobre la organización del espacio de trabajo.

Este enfoque terapéutico busca no solo aliviar los síntomas actuales, sino también prevenir futuros problemas de salud relacionados con la inactividad. Promueve la conciencia corporal y el autocuidado, empoderando a las personas para tomar medidas proactivas en su bienestar físico y emocional.

El ejercicio terapéutico en la población con trabajos de oficina es esencial para contrarrestar los efectos negativos del estilo de vida sedentario y mejorar la calidad de vida, reduciendo el riesgo de lesiones y promoviendo una mayor vitalidad.

2 Objetivos

Informar sobre los beneficios de la fisioterapia en la población con trabajos de oficina.

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

Las funciones del fisioterapeuta desempeñan un papel crucial en la promoción de los beneficios del ejercicio terapéutico en la población con trabajos de oficina. Estos profesionales de la salud son expertos en el movimiento y la rehabilitación, y su contribución es esencial para abordar los desafíos físicos y mentales asociados con el estilo de vida sedentario en la oficina.

Evaluación inicial: El fisioterapeuta realiza una evaluación exhaustiva de la salud musculoesquelética y la postura del individuo. Esto incluye identificar áreas de tensión, debilidades musculares y posibles desequilibrios que pueden ser causados o agravados por un trabajo de oficina.

Diseño de programas personalizados: Basándose en la evaluación, el fisioterapeuta crea un programa de ejercicio terapéutico específico para las necesidades

de cada persona. Estos programas se adaptan para abordar problemas como el dolor de espalda, la mala postura y la tensión muscular.

Educación sobre ergonomía: Los fisioterapeutas educan a los individuos sobre la importancia de la ergonomía en el lugar de trabajo. Proporcionan consejos sobre la configuración adecuada de escritorios y sillas, así como recomendaciones sobre cómo mantener una postura saludable mientras se trabaja.

Enseñanza de ejercicios y técnicas: Los fisioterapeutas enseñan a los pacientes ejercicios terapéuticos diseñados para fortalecer músculos específicos, mejorar la movilidad y aliviar la tensión. Estos ejercicios se realizan de manera segura y efectiva bajo la supervisión del fisioterapeuta.

Seguimiento y ajustes: A medida que los individuos progresan en su programa de ejercicio terapéutico, el fisioterapeuta realiza un seguimiento continuo y realiza ajustes según sea necesario. Esto asegura que los ejercicios sean efectivos y seguros.

Prevención de lesiones: Los fisioterapeutas trabajan en la prevención de lesiones a largo plazo al identificar y abordar problemas musculoesqueléticos antes de que se conviertan en afecciones crónicas.

Manejo del dolor: Si alguien experimenta dolor crónico relacionado con su trabajo de oficina, el fisioterapeuta utiliza técnicas de manejo del dolor, como terapia manual y modalidades terapéuticas, para aliviar el malestar.

Promoción del bienestar general: Además de tratar afecciones específicas, los fisioterapeutas promueven el bienestar general al fomentar la actividad física regular y enseñar técnicas de relajación y manejo del estrés.

El fisioterapeuta desempeña un papel integral en maximizar los beneficios del ejercicio terapéutico en la población con trabajos de oficina. Su experiencia en la rehabilitación y la promoción de la salud musculoesquelética es esencial para abordar los desafíos físicos y emocionales de un estilo de vida sedentario en el entorno laboral.

5 Discusión-Conclusión

El fisioterapeuta recomienda a la población con trabajos de oficina adoptar hábitos saludables de movimiento y ergonomía. En primer lugar, es esencial realizar pausas activas durante la jornada laboral, donde se realicen estiramientos simples y ejercicios de movilidad para reducir la rigidez y mejorar la circulación sanguínea. Además, se debe mantener una postura adecuada al sentarse, ajustando la silla y el monitor para evitar tensiones en la espalda y el cuello.

Además, es crucial incorporar el ejercicio terapéutico en la rutina diaria fuera del

trabajo. El fisioterapeuta sugiere realizar regularmente los ejercicios recomendados y seguir un programa de fortalecimiento muscular para mantener una musculatura fuerte y resistente. Combinar estos hábitos con una hidratación adecuada y una nutrición equilibrada contribuirá en gran medida a optimizar los beneficios del ejercicio terapéutico y a mantener una salud física y mental óptima en el entorno laboral.

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 638

EL CELADOR EN QUIRÓFANO

SANDRA GARCIA SANTIAGO

1 Introducción

Dentro del entorno médico y hospitalario, el quirófano es uno de los lugares más críticos y delicados en los que se llevan a cabo intervenciones médicas y cirugías que pueden ser vitales para la salud de los pacientes. En este escenario, el celador en quirófano emerge como un elemento esencial y polifacético, cuyas responsabilidades abarcan desde el cuidado del paciente hasta la gestión de recursos y la garantía de un ambiente óptimo para el equipo médico.

Este trabajo se adentrará en las diversas funciones y roles que desempeña el celador en quirófano, revelando su importancia en la cadena de atención al paciente y el funcionamiento eficiente del quirófano. A menudo pasada por alto, su labor es esencial para asegurar que las operaciones se realicen sin problemas y con la máxima seguridad para los pacientes.

Uno de los aspectos cruciales de la labor del celador en quirófano es el traslado de los pacientes. Desde su habitación hasta el quirófano y, posteriormente, a la sala de recuperación, el celador acompaña al paciente, garantizando que este sea un proceso seguro y sin contratiempos. Esta responsabilidad incluye llevar consigo toda la documentación relevante, lo que subraya su papel como un eslabón vital en la comunicación entre las diferentes unidades médicas.

Asimismo, el celador desempeña un papel fundamental en la movilización del paciente dentro del quirófano. La posición del paciente en la mesa quirúrgica es esencial para que el cirujano pueda llevar a cabo su labor de manera efectiva, y el celador juega un papel crucial en lograr esta disposición adecuada.

Además de su papel en el cuidado de los pacientes, el celador en quirófano también es responsable del transporte de documentos médicos, material quirúrgico y equipo de diagnóstico. Esta tarea contribuye a la eficiencia del quirófano y a la disponibilidad de recursos necesarios para cada intervención.

La seguridad del quirófano también recae en el celador, quien vela por el acceso autorizado al área quirúrgica y se asegura de que las instalaciones y el material se mantengan en condiciones óptimas.

En el quirófano, el celador no solo es un espectador, sino un actor activo, dispuesto a asistir en diversas tareas como ajustar la iluminación, movilizar al paciente o mantener el orden en el entorno quirúrgico.

En última instancia, este trabajo explorará no solo las funciones del celador en quirófano, sino también los desafíos y dificultades que enfrentan en su labor diaria, destacando la importancia de reconocer y valorar su contribución a la atención médica y al bienestar de los pacientes. El celador en quirófano, a pesar de su discreto perfil, es un pilar fundamental en el proceso de atención médica en el quirófano.

2 Objetivos

- Proporcionar una comprensión detallada de las tareas y roles que desempeña el celador en el entorno quirúrgico. Esto incluye aspectos como el traslado y la movilización de los pacientes, el manejo de documentos médicos y material quirúrgico, y la vigilancia de la seguridad y el orden en el quirófano.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo sobre el celador en quirófano, se emplearon tres métodos de investigación:

Revisión Bibliográfica: Se consultaron libros para obtener información teórica sobre las funciones del celador en quirófano y su importancia en el entorno médico.

Observación Directa: Se realizaron observaciones en quirófanos reales dentro del hospital para obtener una comprensión práctica de las actividades y responsabilidades del celador en el quirófano. Esto incluyó la interacción con pacientes y otros profesionales de la salud.

Entrevistas a Profesionales: Se llevaron a cabo entrevistas con celadores y otros miembros del equipo médico para obtener perspectivas personales y prácticas

sobre el papel del celador en quirófano, así como para identificar desafíos y satisfacciones en su trabajo.

La combinación de estos tres métodos permitió obtener una visión completa y enriquecida del trabajo del celador en quirófano, abarcando tanto aspectos teóricos como prácticos, y reflejando las experiencias y opiniones de los profesionales de la salud involucrados.

4 Resultados

Tras llevar a cabo este estudio, se han obtenido resultados significativos que resaltan la importancia y las funciones clave del celador en el quirófano:

Se ha confirmado que el celador en quirófano realiza una serie de funciones esenciales, incluyendo la preparación de la sala de operaciones, la asistencia al equipo médico durante las intervenciones y el traslado de los pacientes hacia y desde el quirófano y la sala de recuperación. Sin su labor, el funcionamiento del quirófano sería deficiente.

En este capítulo relacionado cabe destacar las funciones que desempeñan dentro del quirófano:

1. Ayudar a médicos, supervisores, enfermeros, auxiliar de enfermería relacionados con la función del celador destinado en tal servicio.
2. Trasladar a los pacientes desde la zona donde estén situados hasta el quirófano junto con su historia clínica y viceversa una vez terminada la intervención.
3. Se encargarán de transportar los aparatos o mobiliario preciso, en el caso de que lo precise el personal sanitario para la intervención del paciente.
4. Transportarán documentos, analíticas y demás pruebas, que se realicen la intervención para su estudio.

Se ha evidenciado la colaboración cercana y coordinación del celador con otros profesionales de la salud, lo que garantiza un entorno quirúrgico seguro y eficiente. Su apoyo a cirujanos y enfermeros es fundamental para el éxito de las operaciones.

El celador desempeña un papel crucial en la seguridad del quirófano, supervisando el acceso y garantizando que solo el personal autorizado ingrese al área quirúrgica. Además, se encarga de mantener en buen estado las instalaciones y el material quirúrgico.

Se ha observado que el celador también desempeña un papel importante en la gestión de recursos y material quirúrgico, asegurando que todo esté preparado

adecuadamente para cada intervención. La coordinación con otros departamentos hospitalarios es esencial para este propósito.

A pesar de los desafíos inherentes a su labor, como la movilización segura de pacientes y la presión en un entorno quirúrgico, los celadores en quirófano demuestran una dedicación inquebrantable. Se destacan como piezas fundamentales para el correcto funcionamiento del hospital y el bienestar de los pacientes.

En resumen, esta investigación ha subrayado el papel crítico del celador en quirófano y ha enfocado la atención en su contribución esencial al sistema de atención médica, resaltando la necesidad de reconocer y valorar su labor.

5 Discusión-Conclusión

Después de investigar el papel del celador en quirófano, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

El celador en quirófano es una pieza fundamental en el proceso de atención médica en el quirófano. Su labor, aunque a veces pasa desapercibida, es esencial para asegurar que las operaciones se realicen con éxito y que los pacientes estén seguros.

El celador se encarga del traslado seguro de los pacientes desde sus habitaciones hasta el quirófano y viceversa. Además, su habilidad para movilizar al paciente en la mesa quirúrgica es fundamental para la eficacia de la cirugía.

El celador también juega un papel importante en la gestión de recursos y en la seguridad del quirófano. Esto incluye el transporte de documentos y material, así como la vigilancia del acceso y las instalaciones.

La colaboración cercana del celador con otros profesionales de la salud, como cirujanos y enfermeros, es esencial para el éxito de las operaciones y la seguridad de los pacientes.

A pesar de los desafíos que enfrentan en su trabajo diario, los celadores en quirófano demuestran una dedicación inquebrantable. Su contribución es esencial para el funcionamiento eficiente del hospital y el bienestar de los pacientes.

En resumen, el celador en quirófano es un elemento crítico en el entorno médico y quirúrgico, y su labor no debe subestimarse. Reconocer y valorar su contribución es esencial para garantizar la atención médica de calidad y la seguridad de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Actuación del celador en el área de quirófano. (2011) Eduforma.
2. El celador en el área quirúrgica Fernando Iglesias. (2013). Editorial Formación Alcalá.
3. Funciones específicas del celador en los servicios sanitarios. (2010). Editorial Adams.

Capítulo 639

HUMANIZACIÓN EN ATENCIÓN SANITARIA: EL PAPEL DE LOS CELADORES

SANDRA GARCIA SANTIAGO

1 Introducción

El sistema de salud es esencial en nuestra sociedad, destinado a cuidar y mantener la salud de las personas. En este contexto, la humanización emerge como un concepto fundamental que más allá de la atención médica tradicional. La atención sanitaria humanizada no solo implica tratar las enfermedades físicas, sino también reconocer la dignidad y las necesidades emocionales de los pacientes. En este amplio sistema de salud, los celadores desempeñan un papel insustituible. A menudo, son la primera cara que los pacientes y sus familias ven al llegar a un centro de salud. Esta primera interacción puede establecer el tono para la experiencia del paciente y su percepción general del sistema de salud. Por lo tanto, la labor de los celadores no se limita a tareas logísticas y físicas, sino también incluye la responsabilidad de transmitir empatía, cuidado y respeto en cada encuentro.

Este trabajo se enfoca en el papel crucial de los celadores en la humanización del sistema de salud. Exploraremos cómo su rol va más allá de las tareas logísticas, influyendo positivamente en la calidad de la atención y contribuyendo a crear un ambiente de atención más cálido y comprensivo. Utilizaremos ejemplos y análisis para examinar cómo los celadores pueden ser agentes de humanización, mejorando la experiencia de atención médica, tanto en aspectos físicos como emocionales.

2 Objetivos

Nuestros objetivos son los siguientes:

- Resaltar el papel crucial de los celadores en la humanización, enfatizando su contribución en la creación de un entorno de atención más comprensivo y humano.
- Motivar la reflexión y la acción entre los profesionales de la salud y la sociedad en general, instando a mejoras concretas en la calidad de la atención desde una perspectiva más humana.

3 Metodología

Para abordar el tema de la humanización en el sistema sanitario y el papel de los celadores, proponemos la siguiente metodología:

Comenzaremos por revisar los libros relacionados con la humanización en la atención sanitaria y el papel de los celadores.

Realizaremos entrevistas y encuestas a celadores y pacientes para recopilar datos sobre sus experiencias en el sistema sanitario. Esto nos proporcionará información valiosa sobre las prácticas actuales y las áreas de mejora.

Analizaremos casos reales en los que los celadores hayan desempeñado un papel significativo en la humanización de la atención médica. Estos casos servirán como ejemplos concretos de cómo lograr una atención más humana.

Compararemos las prácticas de los celadores en diferentes centros de salud o regiones para identificar variaciones en la humanización de la atención y las posibles influencias contextuales. Presentaremos estudios concretos que ilustren cómo los celadores pueden contribuir a la humanización de la atención médica, incluyendo historias de éxito y desafíos superados.

Al utilizar diversos enfoques, abordaremos el tema de manera integral y con argumentos con evidencia sólida. Esto enriquecerá la calidad y la credibilidad de nuestro estudio sobre la humanización en el sistema sanitario y el papel vital de los celadores en este proceso.

4 Resultados

Los resultados con respecto al papel de los celadores podrían incluir:

Comprender cómo los celadores contribuyen a la humanización en la atención médica, incluyendo sus acciones y su impacto en la experiencia de los pacientes.

Identificar áreas específicas para mejorar la humanización en la atención sanitaria a través de las acciones de los celadores, como la comunicación, la empatía y la atención personalizada.

Generar recomendaciones concretas que los hospitales y centro de salud podrían implementar para mejorar la humanización en la atención médica, incluyendo capacitación de los celadores y la revisión de políticas.

Aumentar la conciencia sobre la importancia de la humanización en el sistema sanitario y cómo cada profesional, incluyendo los celadores, desempeña un papel esencial en este proceso.

La labor de un profesional no sanitario, además de importante, forma parte de la organización del centro donde desempeña su trabajo y la manera en que lo realiza puede tener consecuencias negativas para el paciente, debe estar orientada a la excelencia.

Requerir una actitud empática para resolver situaciones complicadas o simplemente dar una respuesta creíble a la persona que demanda a su favor.

La empatía es una habilidad importante en el ámbito sanitario, ya que permite a los profesionales de la salud comprender mejor las necesidades de sus pacientes y ofrecerles un mejor cuidado. Por ello, se debe ofrecer una atención personalizada. Proporcionar apoyo emocional y mantener una conversación respetuosa con el enfermo y escuchar de forma activa al paciente y brindarle confianza y seguridad para que pueda expresar sus emociones, necesidades y sentimientos.

En resumen, estos resultados nos permitirán comprender mejor cómo los celadores pueden contribuir a la humanización en el sistema sanitario, identificar áreas de mejora y proporcionar recomendaciones para lograr una atención más cálida y comprensiva para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los celadores desempeñan un papel fundamental en la humanización de la atención médica al ser el primer punto de contacto para muchos pacientes. Su actitud, empatía y atención personalizada tienen un impacto significativo en la experiencia de los pacientes. La formación y capacitación de los celadores en habilidades de comunicación, empatía y escucha activa son cruciales para promover la humanización en el sistema sanitario. Esto puede incluir programas de formación que enfatizan la importancia de tratar a los pacientes con respeto y comprensión.

Cuando los celadores adoptan prácticas más humanizadas, los pacientes tienden a sentirse más y una mayor confianza en el sistema sanitario.

La implementación de protocolos claros que fomenten la humanización en la atención médica es esencial. Estas políticas pueden ayudar a guiar el comportamiento de los celadores y garantizar que se sigan mejores prácticas en la interacción con los pacientes.

La humanización no solo beneficia la satisfacción del paciente, sino que también tiene un impacto positivo en la salud emocional de los pacientes al reducir el estrés y la ansiedad.

En resumen, enfatizamos la importancia del papel de los celadores en la humanización de la atención sanitaria, subrayando la necesidad de una formación adecuada, políticas claras y un enfoque en el bienestar emocional de los pacientes para lograr una atención más humana y satisfactoria en el sistema sanitario.

6 Bibliografía

1. Actuación del celador en servicios especiales y en las unidades de urgencias. (2009) Eduforma.
2. El celador en el Sistema Nacional de Salud (2019) Antonio Tercero Igualada.
3. El celador en los servicios especiales y centros de salud (2021) Alcalá Grupo Editorial <https://revistamedica.com/celador-humanizacion-atencion-sanitaria/>.

Capítulo 640

LA ASISTENCIA DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

SARA VERGAZ TORRECILLA

1 Introducción

En el Sistema Nacional de Salud podemos distinguir dos entornos o niveles asistenciales: la Atención Primaria y la Atención Especializada.

Hoy nos centraremos en la Atención Primaria que se constituye como una parte esencial dentro del Sistema Nacional de Salud debido a que se trata del nivel más básico o de acceso para el público general.

Por como está organizado el Sistema Nacional de Salud podemos definir la Atención Primaria como el primer nivel de asistencia sanitaria, tanto programada como urgente y que además se realiza tanto en la consulta como en el domicilio del afectado.

La atención primaria tiene también otras funciones como son la promoción de la salud dirigida a diversos grupos sociales: niños, adultos, tercera edad, grupos de riesgo, afectados crónicos... La prevención de ciertas patologías como el cuidado de la salud bucodental, la rehabilitación y/o recuperación, los trabajadores sociales...

Para conseguir que un nivel asistencial tan grande y diverso como este funcione, necesitamos que tanto los medios materiales como sobre todo los personales sean suficientes y trabajen en conjunto. Así los facultativos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores deben coordinarse para trabajar de forma organizada y eficiente.

El celador tiene una gran diversidad de tareas en la atención primaria y desglosaremos algunas de las más importantes a continuación.

2 Objetivos

Describir las principales funciones del equipo de atención primaria.

Exponer las funciones del celador en atención primaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las principales funciones del equipo de atención primaria son entre otras:

- Presentar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, en coordinación con el siguiente nivel asistencial que es la atención especializada.
- Realizar las actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social.
- Evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos.
- Contribuir a la educación sanitaria de la población.
- Realizar actividades de formación pregraduada y posgraduada de atención sanitaria, así como llevar a cabo los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.

Algunas de las funciones del celador en este servicio son las siguientes:

- El celador será el encargado de abrir y cerrar las puertas del centro de salud al que preste servicios.
- Proporcionarán a los pacientes y usuarios la información sobre horarios y donde se encuentren las consultas a las que acudan.
- Avisarán a los médicos y enfermeras cuando tengan un paciente.
- Citar a los pacientes para la consulta del médico y de enfermería de urgencias.
- Atender al teléfono y tomar nota de los avisos para la atención médica domiciliaria, notificándolos al personal sanitario.
- En caso de conflicto con los pacientes y usuarios, requerirán la presencia del personal de seguridad.

- Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la institución.
- Ayudarán al personal sanitario en las funciones que le sean propias como por ejemplo, sujetar a un niño mientras el personal sanitario lo sutura o sujetar si es necesario a un paciente mientras se le realiza una cura, así como las que le sean ordenadas por médicos, supervisoras o enfermeras.
- Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión es el papel que tiene el celador, siendo el que más importancia juega en el centro de salud junto con el resto del equipo de atención primaria. El celador suele ser la primera persona con la que contactan los pacientes y usuarios al llegar, por eso es necesario la adecuada formación de este personal a la hora de tratar con los pacientes, también prestará su ayuda en lo que sea necesario, apoyo y tranquilidad a los pacientes, familiares y usuarios que acuden cada día al centro de salud. El trabajo de los celadores es tan necesario que sin el concurso de los mismos se llegaría a paralizar la marcha de la institución.

6 Bibliografía

1. <https://congresosicepa.com/celador-atencion-primaria/>.
2. <https://essaeformacion.com/funciones-celador-atencion-primaria>.
3. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/atencion-primaria.html>.
4. www.astursalud.com.e.blogspot.com/p/atencion-primaria.html.

Capítulo 641

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO

MARIA JOSE MENA MUÑOZ

ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA

LAURA CORCUERA MARTIN

SANDRA RUIZ ORTEGA

ELENA EMILIA BOABES

1 Introducción

La movilización de enfermos es el proceso de trasladar a pacientes de un lugar a otro dentro de un entorno de atención médica de manera segura y cómoda. Este proceso es fundamental para garantizar el bienestar de los pacientes, ya que contribuye a su comodidad, previene complicaciones relacionadas con la inmovilidad y facilita la atención médica adecuada.

La movilización de enfermos puede abarcar una variedad de situaciones, desde simples traslados de una cama a otra hasta el transporte de pacientes a procedimientos médicos, como radiografías o cirugías. Puede involucrar a diferentes profesionales de la salud, como enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de

enfermería (TCAE) o celadores, quienes deben seguir protocolos específicos para garantizar la seguridad y el confort del paciente.

Es importante destacar que la movilización de enfermos se adapta a las necesidades individuales de cada paciente, considerando factores como la condición médica, la movilidad, la fragilidad y cualquier equipo médico que pueda estar en uso. Además, se lleva a cabo con un enfoque en la prevención de lesiones o complicaciones, como úlceras por presión o caídas, lo que requiere una manipulación adecuada y el uso de equipos auxiliares, como camillas, sillas de ruedas o grúas de elevación.

La movilización de enfermos es una parte esencial de la atención médica que implica trasladar a los pacientes de manera segura y cómoda dentro del entorno hospitalario. Su objetivo es promover la comodidad, la prevención de complicaciones y facilitar la atención médica adecuada, siempre adaptándose a las necesidades individuales de cada paciente.

2 Objetivos

Describir el papel y funciones del celador en la movilización de los pacientes ingresados en el 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 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 celador en la movilización de enfermos son fundamentales para garantizar que los pacientes sean trasladados de manera segura y cómoda dentro del entorno hospitalario. Estas funciones incluyen:

Preparación del paciente: Antes de cualquier movilización, el celador debe verificar la identidad del paciente y explicar el proceso de traslado. Asegura que el paciente esté cómodo y que comprenda lo que está sucediendo.

Evaluación de la movilidad: El celador evalúa la capacidad de movilización del paciente, teniendo en cuenta su condición médica, la presencia de dispositivos médicos como catéteres o sondas, y la necesidad de asistencia adicional.

Selección del equipo adecuado: Dependiendo de las necesidades del paciente, el celador elige el equipo adecuado para la movilización, que puede incluir camillas, sillas de ruedas, grúas de elevación o dispositivos de transferencia.

Manipulación segura: Durante la movilización, el celador utiliza técnicas adecuadas de manipulación para garantizar la seguridad del paciente y su propio bienestar. Esto incluye levantar, transferir y posicionar al paciente de manera cuidadosa y sin causar lesiones.

Colaboración con el equipo de atención médica: Trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería y otros profesionales de la salud para coordinar la movilización de los pacientes según sea necesario. Esta colaboración es esencial para garantizar que se sigan los protocolos adecuados.

Mantenimiento de la privacidad: El celador respeta la privacidad del paciente en todo momento, utilizando cortinas o sábanas para cubrir y proteger al paciente durante la movilización.

Seguridad durante el transporte: Si se traslada al paciente a través de pasillos o áreas públicas, el celador debe asegurarse de que el camino esté despejado y que el paciente esté asegurado correctamente en el equipo de transporte.

Comunicación efectiva: Proporciona información y apoyo al paciente durante la movilización, respondiendo a sus preguntas y preocupaciones. Además, comunica cualquier cambio en la condición o necesidades del paciente al personal de enfermería.

Registro y documentación: Es importante que el celador registre la movilización de cada paciente, incluyendo la hora, la ubicación y cualquier observación relevante. Esta documentación es útil para el seguimiento y la coordinación del cuidado.

El traslado seguro y cómodo de los pacientes dentro del hospital. Su capacidad

para trabajar en colaboración con el equipo de atención médica, utilizar técnicas adecuadas de movilización y mantener una comunicación efectiva contribuye a la atención de calidad y al bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para una buena movilización de los enfermos, mi recomendación como celador es priorizar siempre la seguridad y el confort del paciente. Se debe comenzar por verificar la identidad del paciente y explicar claramente el proceso de traslado, brindándole la oportunidad de hacer preguntas. Evaluar la capacidad de movilización del paciente y seleccionar el equipo adecuado para su traslado, considerando su condición médica y necesidades específicas.

Durante la movilización, utilizar técnicas de manipulación seguras y colaborar con el equipo de atención médica según sea necesario. Mantener la privacidad del paciente en todo momento y asegurarse de que esté cómodo durante el proceso. Comunicar cualquier cambio en la condición del paciente al personal de enfermería y registrar adecuadamente la movilización.

La empatía, la comunicación efectiva y la atención a los detalles son clave para una movilización exitosa y segura. El compromiso del celador con el bienestar del paciente es esencial para brindarles una experiencia de movilización cómoda y libre de riesgos.

6 Bibliografía

1. Zanzzi Pérez, J. (2020). Fundamentos teóricos de la mecánica corporal en la movilización de pacientes en el ámbito de enfermería. *Más Vita*, 8-15.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 642

APOYO DEL CELADOR AL PERSONAL SANITARIO

MARIA JOSE MENA MUÑOZ

ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA

LAURA CORCUERA MARTIN

SANDRA RUIZ ORTEGA

ELENA EMILIA BOABES

1 Introducción

El apoyo al personal sanitario se refiere a las acciones y recursos destinados a respaldar y fortalecer a los profesionales de la salud en su labor diaria de cuidado y atención a los pacientes. Este apoyo reconoce la importancia crítica del bienestar y la salud emocional del personal sanitario, así como su habilidad para brindar atención médica efectiva y de alta calidad.

El apoyo al personal sanitario abarca varios aspectos:

Apoyo emocional: Los profesionales de la salud a menudo enfrentan situaciones estresantes y emocionalmente desafiantes. El apoyo emocional incluye la disponibilidad de servicios de asesoramiento, programas de apoyo entre compañeros y la promoción de una cultura de empatía y comprensión.

Formación y desarrollo profesional: Proporcionar oportunidades de formación continua y desarrollo profesional permite que el personal sanitario mejore sus

habilidades y conocimientos, lo que a su vez beneficia a los pacientes y fortalece la confianza en su trabajo.

Recursos adecuados: Garantizar que los profesionales de la salud tengan acceso a los recursos y equipos necesarios para realizar su trabajo de manera segura y eficiente es fundamental. Esto incluye equipos de protección personal, tecnología actualizada y suministros adecuados.

Gestión de la carga de trabajo: Evitar la sobrecarga de trabajo y proporcionar un equilibrio entre la vida laboral y personal contribuye a la salud mental y física del personal sanitario. La gestión adecuada de turnos y horarios es esencial.

Reconocimiento y aprecio: Reconocer y valorar el arduo trabajo y la dedicación del personal sanitario a través de reconocimientos, premios y palabras de agradecimiento puede aumentar la moral y la satisfacción en el trabajo.

Seguridad en el lugar de trabajo: Garantizar un entorno de trabajo seguro y saludable es fundamental para el bienestar del personal sanitario. Esto incluye medidas para prevenir lesiones y enfermedades ocupacionales.

El apoyo al personal sanitario es esencial para mantener un sistema de atención médica efectivo y de calidad. Un personal sanitario que se siente respaldado y valorado está mejor preparado para brindar una atención excelente y cuidar de manera adecuada a los pacientes.

2 Objetivos

Conocer las funciones de apoyo del celador al personal sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador desempeña un papel significativo en el apoyo al personal sanitario, contribuyendo a la eficacia de la atención médica y al bienestar de los pacientes. Sus funciones en este contexto incluyen:

Asistencia en procedimientos médicos: El celador puede ayudar al personal sanitario durante procedimientos médicos, preparando y organizando el equipo necesario, garantizando la privacidad del paciente y colaborando en la movilización y el posicionamiento del paciente.

Traslado de pacientes: Facilita el traslado seguro de pacientes desde y hacia las áreas de atención médica, como salas de cirugía, radiología o unidades de cuidados intensivos. Esto permite que el personal se concentre en la atención clínica.

Apoyo en emergencias: En situaciones de emergencia, como códigos de reanimación o desastres, el celador puede colaborar en la movilización de equipos médicos y pacientes, asegurando un flujo eficiente y seguro de recursos.

Mantenimiento de la limpieza: Contribuye al mantenimiento de la higiene en las áreas de atención médica, lo que es esencial para prevenir infecciones. Puede limpiar y desinfectar superficies y equipos según sea necesario.

Suministros y logística: Ayuda en la distribución de suministros médicos y equipos, asegurando que estén disponibles cuando se necesiten. Esto facilita la atención ininterrumpida a los pacientes.

Control de acceso y seguridad: El celador puede controlar el acceso a áreas sensibles y garantizar la seguridad del personal y los pacientes. Esto incluye verificar identificaciones y autorizaciones según sea necesario.

Apoyo emocional: Brinda apoyo emocional a pacientes y sus familias al escuchar sus preocupaciones y proporcionar información cuando sea posible. Esto puede aliviar la ansiedad y promover una experiencia más positiva.

Colaboración interprofesional: Trabaja en estrecha colaboración con el personal sanitario, incluyendo enfermeras, médicos y técnicos, para coordinar la atención y responder a las necesidades de los pacientes de manera integral.

Comunicación efectiva: Informa al personal sanitario sobre cualquier cambio en la condición de un paciente o situación en el entorno, lo que facilita una respuesta rápida y adecuada.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar un buen apoyo al personal sanitario, como celador, es fundamental mantener una actitud de colaboración y disposición en todo momento.

El celador desempeña un papel multifacético en el apoyo al personal sanitario, contribuyendo a la eficiencia y calidad de la atención médica. Su labor es esencial para garantizar que el entorno hospitalario funcione sin problemas y que los pacientes reciban la atención necesaria en condiciones óptimas.

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 643

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ORDEN Y SILENCIO DEL CENTRO HOSPITALARIO

MARIA JOSE MENA MUÑOZ

ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA

LAURA CORCUERA MARTIN

SANDRA RUIZ ORTEGA

ELENA EMILIA BOABES

1 Introducción

El orden y el silencio en las instalaciones hospitalarias se refieren a la importancia de mantener un ambiente organizado y tranquilo en un entorno de atención médica. Estos dos aspectos son esenciales para garantizar un cuidado efectivo y la comodidad de los pacientes.

El "orden" en un hospital implica tener un sistema de organización eficiente para el registro y acceso a la información médica de los pacientes, así como la disposición adecuada de equipos y suministros. Esto asegura que el personal de salud pueda acceder rápidamente a lo que necesitan y proporcionar atención oportuna y precisa.

El "silencio" se refiere a la importancia de mantener niveles de ruido bajos en áreas de atención médica, como salas de hospitalización y salas de espera. El ruido excesivo puede aumentar el estrés de los pacientes, interferir con la comunicación entre el personal médico y los pacientes, y afectar negativamente la calidad del sueño, lo que puede ser especialmente perjudicial en un entorno de recuperación.

En conjunto, el orden y el silencio en las instalaciones hospitalarias contribuyen a un ambiente que promueve la concentración, la seguridad y el bienestar de los pacientes. Estos aspectos son esenciales para garantizar una atención médica efectiva y una experiencia positiva para los pacientes, lo que, a su vez, puede acelerar la recuperación y mejorar los resultados de salud.

2 Objetivos

Describir las funciones del celador en el mantenimiento del orden y silencio en el 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 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 fundamental en la promoción del orden y el silencio en las plantas hospitalarias, lo que contribuye al bienestar de los pacientes y al funcionamiento eficiente del hospital. Sus funciones incluyen:

Control de acceso: El celador se encarga de controlar el acceso a las plantas hospitalarias, asegurando que solo las personas autorizadas, como pacientes, personal médico y visitantes, ingresen a las áreas correspondientes. Esto ayuda a mantener la seguridad y la privacidad de los pacientes.

Orientación y asistencia: Proporciona orientación a pacientes y visitantes para que encuentren su camino en el hospital de manera eficiente, evitando ruidos innecesarios y confusión. También ayuda a las personas con necesidades especiales de movilidad.

Gestión de visitantes: El celador puede ayudar en la gestión de visitantes, limitando el número de personas en las habitaciones de los pacientes para evitar congestiones y ruidos excesivos. Además, puede recordar a los visitantes la importancia de mantener un tono de voz bajo.

Mantenimiento del orden: Colabora en mantener el orden y la limpieza en las áreas comunes, como pasillos y salas de espera. Esto implica recoger basura y asegurarse de que los espacios estén organizados y libres de obstáculos.

Apoyo en situaciones de emergencia: En casos de emergencia, como códigos de reanimación o situaciones de evacuación, el celador puede ayudar en la coordinación de esfuerzos para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal.

Comunicación efectiva: El celador actúa como un enlace entre el personal médico y los pacientes, transmitiendo información relevante de manera clara y tranquila. Esto ayuda a mantener un ambiente de comunicación eficiente y reduce la necesidad de conversaciones ruidosas.

Cuidado del ambiente nocturno: Durante la noche, el celador debe ser especialmente diligente para mantener el silencio en las áreas de pacientes, respetando el descanso y la recuperación de quienes están hospitalizados.

Respeto por la privacidad: El celador respeta la privacidad de los pacientes en todo momento, asegurando que las cortinas de privacidad estén cerradas y evitando conversaciones o ruidos innecesarios cerca de las habitaciones de los pacientes.

El celador juega un papel crucial en el mantenimiento del orden y el silencio en las plantas hospitalarias. Su presencia y su capacidad para coordinar el flujo de personas y comunicarse de manera efectiva son esenciales para garantizar un ambiente propicio para la recuperación de los pacientes y el trabajo eficiente del personal médico.

5 Discusión-Conclusión

Como celador, mi principal recomendación para mantener un buen orden y silencio en el centro hospitalario es promover una cultura de respeto y sensibilidad hacia el entorno de cuidado. Primero, insto a todos los miembros del personal y visitantes a ser conscientes de su entorno y a mantener un tono de voz bajo en áreas comunes y cercanas a las habitaciones de pacientes. Esto garantiza un ambiente tranquilo y propicio para la recuperación.

Segundo, es esencial fomentar la comunicación efectiva entre el personal de salud y los pacientes, utilizando métodos que minimicen el ruido innecesario, como la escritura de notas o el uso de comunicadores electrónicos. Además, recordemos que el orden y la limpieza contribuyen al bienestar de todos, por lo que animo a mantener los espacios organizados y libres de obstáculos.

En última instancia, el compromiso de cada uno de nosotros con el orden y el silencio en el hospital es esencial para brindar un ambiente propicio para la curación y el cuidado efectivo de los pacientes.

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 644

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA PSIQUIÁTRICA

ADRIÁN JOEL PORTILLO GARCÍA

MANUEL ÚBEDA SÁNCHEZ

MARÍA DEL PILAR MARTIN CURIEL

1 Introducción

Una unidad de media estancia psiquiátrica es una parte importante de los servicios de salud mental en un hospital o centro de atención médica. Este tipo de unidad se dedica a proporcionar tratamiento y atención a pacientes con trastornos mentales que requieren una estancia intermedia, es decir, no tan breve como la atención ambulatoria pero no tan prolongada como una hospitalización a largo plazo. Aquí se describen algunas características clave de una unidad de media estancia psiquiátrica:

Duración de la estancia: Por lo general, los pacientes en una unidad de media estancia psiquiátrica permanecen ingresados durante un período que puede variar desde semanas hasta meses. Esto permite una atención más intensiva y especializada que la atención ambulatoria.

Tratamiento integral: Se brinda un enfoque integral que incluye terapia individual y grupal, evaluación médica y psicológica, y el ajuste de medicamentos si es necesario.

Estabilización y rehabilitación: El objetivo principal es estabilizar la salud mental del paciente y ayudar en su rehabilitación para que puedan reintegrarse de manera efectiva en la comunidad.

Supervisión continua: El personal de la unidad, que incluye médicos, enfermeras, terapeutas y trabajadores sociales, proporciona una supervisión constante y apoyo emocional a los pacientes.

Programas terapéuticos especializados: Las unidades de media estancia a menudo ofrecen programas terapéuticos especializados según las necesidades de los pacientes, como programas de abuso de sustancias, trastornos alimentarios o terapia ocupacional.

Seguridad y ambiente terapéutico: Se presta una atención especial a la seguridad de los pacientes y al mantenimiento de un ambiente terapéutico que promueva la recuperación.

Transición planificada: Se trabaja en conjunto con los pacientes y sus familias para planificar una transición efectiva hacia la atención ambulatoria o hacia una atención más prolongada si es necesario.

2 Objetivos

Exponer las funciones del celador en la unidad de media estancia psiquiátrica.

3 Metodología

Para 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 una unidad de media estancia psiquiátrica desempeña un papel esencial en el funcionamiento de este entorno de atención especializada para

pacientes con trastornos mentales. Sus funciones abarcan una serie de tareas fundamentales que contribuyen a la seguridad, la comodidad y la eficiencia en la unidad. Aquí se describen algunas de las funciones clave del celador en una unidad de media estancia psiquiátrica:

Control de acceso: El celador es responsable de supervisar el acceso a la unidad, asegurándose de que solo el personal autorizado y los visitantes permitidos entren. Esto es esencial para garantizar la seguridad y la confidencialidad de los pacientes.

Acompañamiento y asistencia: Puede ser llamado a acompañar a los pacientes en sus desplazamientos dentro de la unidad o incluso fuera de ella, brindando apoyo y seguridad cuando sea necesario.

Mantenimiento del orden: Contribuye a mantener un ambiente limpio y ordenado en la unidad, lo que es importante para el bienestar de los pacientes y el personal.

Transporte seguro: Si es necesario, el celador puede estar involucrado en el transporte de pacientes, asegurándose de que se realice de manera segura y respetuosa.

Colaboración con el personal: Trabaja en estrecha colaboración con el personal médico, enfermeras y terapeutas, asistiendo en la coordinación de actividades y la comunicación con los pacientes.

Apoyo emocional: Muestra empatía y comprensión hacia los pacientes, reconociendo la naturaleza delicada de su situación. Proporciona apoyo emocional cuando sea necesario y fomenta un ambiente de respeto y calidez.

Observación y reporte: Está atento a las señales de cambios en el comportamiento de los pacientes y las reporta al personal de enfermería o médico, lo que puede ser crucial para la atención y la seguridad.

Colaboración en situaciones de crisis: En casos de emergencia o crisis de comportamiento, el celador puede ser parte del equipo de respuesta, ayudando en la gestión de la situación y garantizando la seguridad de todos.

Cumplimiento de normativas: Asegura que se sigan todas las regulaciones y políticas relacionadas con la atención psiquiátrica y el bienestar de los pacientes.

El celador en una unidad de media estancia psiquiátrica desempeña una serie de funciones que van desde el control de acceso y la seguridad hasta el apoyo emo-

cional a los pacientes. Su labor es fundamental para garantizar un ambiente terapéutico y seguro, donde los pacientes puedan recibir el tratamiento y el cuidado necesarios en su proceso de recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave para el celador en una unidad de media estancia psiquiátrica es mantener un equilibrio adecuado entre la seguridad y la empatía. Es esencial establecer un ambiente seguro, garantizando el cumplimiento de las normativas y el control de acceso, pero al mismo tiempo, mostrar empatía y comprensión hacia los pacientes que están pasando por momentos difíciles en sus vidas.

Además, la comunicación efectiva con el personal de salud mental y la colaboración estrecha son esenciales. Trabajar en equipo y compartir información relevante contribuye a una atención más integral y personalizada para los pacientes. Por último, es importante recordar que cada paciente es único, y lo que funciona para uno puede no ser adecuado para otro. La adaptabilidad y la atención centrada en las necesidades individuales son clave para un buen funcionamiento del área de media estancia psiquiátrica, donde la atención a la salud mental es fundamental.

6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 645

EL CELADOR EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE

ADRIÁN JOEL PORTILLO GARCÍA

MANUEL ÚBEDA SÁNCHEZ

MARÍA DEL PILAR MARTIN CURIEL

1 Introducción

El traslado de pacientes intrahospitalario es el proceso de movilizar a un paciente de un área a otra dentro del mismo hospital o centro médico con el propósito de brindarle atención médica continua, realizar exámenes o procedimientos específicos, o para su transferencia a una unidad de cuidados especializados. Este proceso se lleva a cabo de manera segura y eficiente para garantizar el bienestar del paciente.

Durante el traslado intrahospitalario, se toman medidas para mantener la continuidad de la atención médica, lo que incluye la actualización de la información del paciente, la comunicación efectiva entre el personal médico y de enfermería, y la coordinación de los recursos necesarios, como equipos médicos o medicamentos. Además, se enfatiza la seguridad del paciente, minimizando el riesgo de caídas, lesiones o complicaciones durante el traslado.

Los traslados intrahospitalarios pueden ser planificados o urgentes. Los planificados se realizan de manera programada y se organizan con anticipación, mientras que los urgentes ocurren en situaciones de emergencia, como cuando un paciente necesita una intervención médica de inmediato.

El traslado de pacientes intrahospitalario es un proceso esencial para garantizar que los pacientes reciban la atención y el tratamiento adecuados en diferentes áreas dentro del hospital, manteniendo la seguridad y la continuidad de la atención médica durante todo el proceso.

2 Objetivos

Describir el papel del celador en el traslado intrahospitalario 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 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 traslado intrahospitalario del paciente, contribuyendo significativamente a la seguridad, la comodidad y la eficiencia de este proceso. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del celador en el traslado intrahospitalario del paciente:

Preparación del paciente: El celador se encarga de preparar al paciente para el traslado, explicándole el proceso, proporcionando apoyo emocional y garantizando que esté listo y cómodo para el viaje.

Coordinación: Trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería y el equipo médico para coordinar el traslado. Esto incluye asegurarse de que se disponga de la documentación y los recursos necesarios.

Movilización segura: Ayuda al paciente a movilizarse de manera segura desde su ubicación actual, ya sea desde la cama, una silla de ruedas o una camilla, utilizando técnicas adecuadas de transferencia.

Control de accesorios y equipos: Verifica que los accesorios médicos, como sueros o dispositivos de monitoreo, estén correctamente conectados y funcionando antes y durante el traslado.

Acompañamiento: Acompaña al paciente durante el traslado, brindando apoyo físico y emocional. Esto es especialmente importante en pacientes que pueden experimentar ansiedad o incomodidad durante el proceso.

Comunicación: Mantiene una comunicación constante con el paciente durante el traslado, respondiendo a sus preguntas y proporcionando información sobre el destino y el procedimiento que se llevará a cabo.

Seguridad: Se asegura de que el paciente esté sujeto de manera segura en la camilla o silla de ruedas y que se sigan los protocolos de seguridad durante el traslado para evitar caídas o lesiones.

Documentación: Colabora en la documentación del traslado, registrando la hora de inicio y finalización, así como cualquier información relevante sobre el estado del paciente durante el proceso.

Reporte: Informa al personal de enfermería o médico sobre cualquier cambio en la condición del paciente o cualquier problema que surja durante el traslado.

Mantenimiento de la privacidad: Garantiza que se mantenga la privacidad y la dignidad del paciente en todo momento, utilizando cortinas o mantas según sea necesario.

El celador en el traslado intrahospitalario del paciente desempeña un papel esencial en garantizar que el proceso se realice de manera segura y eficiente, cuidando tanto la comodidad como la seguridad del paciente. Su colaboración con el personal de salud es fundamental para una atención de calidad durante todo el proceso de traslado.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación esencial para un buen funcionamiento del traslado intrahospitalario del paciente es la comunicación efectiva y la coordinación estrecha con el personal de salud. Mantener una comunicación clara y constante con enfermeras y médicos asegura que todos estén informados sobre la situación del paciente, sus necesidades específicas y cualquier cambio en su condición. Esto con-

tribuye a una planificación más eficiente y segura del traslado.

Además, la empatía y el trato respetuoso son fundamentales. Mostrar comprensión hacia las preocupaciones y necesidades del paciente, así como respetar su privacidad en todo momento, crea un ambiente de confianza y confort durante el proceso.

Por último, la formación continua en técnicas de movilización segura y el conocimiento de los protocolos de seguridad son esenciales. Mantenerse actualizado en estas áreas garantiza que el traslado se realice de manera segura y sin incidentes. En resumen, la comunicación, la empatía y la formación son pilares clave para un traslado intrahospitalario exitoso y seguro del paciente.

6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 646

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL TRANSPLANTE DE CORAZÓN

ARÁNZAZU SÁNCHEZ NIETO

LAURA FLORES DECHADO

1 Introducción

El trasplante de corazón es un procedimiento médico complejo y vital que implica la sustitución quirúrgica del corazón dañado o insuficiente de un paciente por un corazón sano de un donante fallecido. Esta intervención se realiza en casos de insuficiencia cardíaca avanzada, donde el corazón del paciente ya no puede bombear sangre de manera efectiva, lo que amenaza su vida y su calidad de vida.

La evaluación minuciosa del paciente es fundamental en el proceso de trasplante de corazón para determinar su elegibilidad y la compatibilidad con el donante. La coordinación entre equipos médicos, el transporte y la logística son críticos para asegurar un trasplante exitoso.

Después de la cirugía, los pacientes requieren cuidados intensivos y una terapia inmunosupresora para prevenir el rechazo del nuevo corazón. El seguimiento a largo plazo es esencial, y los pacientes deben someterse a evaluaciones médicas regulares para monitorear la función cardíaca y el estado de salud en general.

A pesar de los beneficios del trasplante cardíaco, como la mejora de la esperanza de vida y la calidad de vida, existen desafíos, como la escasez de donantes y los riesgos asociados con la inmunosupresión. En resumen, el trasplante de corazón es un procedimiento crucial que ofrece una nueva oportunidad de vida a

pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada, pero que requiere una evaluación meticulosa, coordinación cuidadosa y atención médica continua para garantizar el éxito a largo plazo.

2 Objetivos

- Describir las funciones del enfermero en el trasplante de corazón.

3 Metodología

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

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel fundamental en el proceso de trasplante de corazón, ya que brinda atención especializada antes, durante y después de la cirugía para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente. A continuación, se describen las principales funciones del enfermero en este procedimiento altamente especializado:

Evaluación preoperatoria: Los enfermeros realizan una evaluación exhaustiva del paciente antes del trasplante cardíaco. Esto incluye revisar su historial médico, realizar exámenes físicos detallados y coordinar pruebas diagnósticas para determinar su idoneidad para la cirugía. También evalúan la salud emocional del paciente y brindan apoyo psicológico.

Educación al paciente y la familia: El enfermero proporciona información detallada sobre el procedimiento de trasplante de corazón, los riesgos y beneficios, y las expectativas postoperatorias. También educa al paciente y su familia sobre la importancia de seguir las indicaciones médicas y los medicamentos inmunosupresores para prevenir el rechazo del nuevo corazón.

Coordinación del donante y receptor: Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con el equipo médico para coordinar la obtención del corazón del do-

nante y la cirugía de trasplante. Esto incluye la verificación de la compatibilidad y la logística de transporte del órgano.

Asistencia en la sala de operaciones: Durante la cirugía de trasplante de corazón, los enfermeros desempeñan un papel crucial al preparar al paciente, monitorear signos vitales y asistir al equipo quirúrgico en la realización de la cirugía. Mantienen un entorno estéril y garantizan la seguridad del paciente.

Cuidados postoperatorios intensivos: Después de la cirugía, los enfermeros cuidan al paciente en la unidad de cuidados intensivos. Monitorizan constantemente la función cardíaca, la estabilidad hemodinámica y la respuesta a los medicamentos inmunosupresores. También gestionan el dolor y previenen complicaciones.

Seguimiento a largo plazo: Los enfermeros desempeñan un papel continuo en el cuidado del paciente tras el trasplante de corazón. Realizan seguimiento a largo plazo para evaluar la función cardíaca, gestionar las complicaciones y brindar apoyo emocional.

Coordinación del alta y la transición: Cuando el paciente está lo suficientemente estable, los enfermeros coordinan su alta hospitalaria y ayudan en la transición hacia el cuidado ambulatorio, asegurándose de que comprenda las instrucciones para el autocuidado y la importancia de las citas de seguimiento.

Los enfermeros en el trasplante de corazón juegan un papel esencial 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 altamente especializado y vital.

5 Discusión-Conclusión

El enfermero desempeña un papel crítico en el éxito del trasplante de corazón. Una recomendación fundamental es la adherencia rigurosa al tratamiento postoperatorio. Es esencial que el paciente tome los medicamentos inmunosupresores según lo prescrito y en los horarios indicados. La falta de adherencia aumenta el riesgo de rechazo del nuevo corazón, por lo que el cumplimiento estricto es crucial para la salud a largo plazo.

Además, promover un estilo de vida saludable es esencial. Los enfermeros deben enfatizar la necesidad de una dieta equilibrada, la abstinencia del tabaco y el al-

cohol, y la incorporación de ejercicio regular. Estos hábitos ayudan a mantener la salud cardíaca y reducen las complicaciones potenciales. Asistir a todas las citas de seguimiento médico es igualmente importante para evaluar la función cardíaca y detectar cualquier problema a tiempo. En última instancia, la colaboración constante entre el paciente y el equipo médico es esencial para garantizar un trasplante de corazón exitoso y una vida saludable a largo plazo.

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 647

FUNCIONES DEL ELECTRICISTA EN LA INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL CABLEADO DE URGENCIAS

RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS

VICENTE UBEDA FERNÁNDEZ

MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI

JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ NÚÑEZ

DAVID GARCÍA BERNAL

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

El electricista 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 electricista desempeña un papel fundamental en la instalación y mantenimiento del cableado eléctrico de urgencias hospitalarias para garantizar la con-

tinuidad 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

- Heredia Marquez, W. M. (2020). Efecto de la implementación de un proceso de trigeneración sobre el consumo de energía primaria en un hospital.

Capítulo 648

FUNCIONES DEL ELECTRICISTA EN EL MANTENIMIENTO DEL SISTEMA ELÉCTRICO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA

RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS

VICENTE UBEDA FERNÁNDEZ

MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI

JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ NÚÑEZ

DAVID GARCÍA BERNAL

1 Introducción

Las emergencias en el sistema eléctrico de una farmacia hospitalaria pueden tener graves repercusiones en la atención médica y la seguridad de los pacientes. Estas emergencias pueden incluir cortes de energía, fluctuaciones de voltaje, sobrecargas o fallas en los dispositivos eléctricos utilizados en la preparación y administración de medicamentos. Aquí se describen algunas de las situaciones de emergencia y cómo abordarlas:

- Cortes de energía: Los cortes de energía pueden detener la operación de equipos críticos como sistemas de mezcla de medicamentos o sistemas de etiquetado. Es esencial contar con fuentes de energía de respaldo, como generadores diésel, y

sistemas UPS (Uninterruptible Power Supply) para mantener la continuidad de la operación en caso de cortes eléctricos.

- Sobrecargas eléctricas: Las sobrecargas pueden dañar los dispositivos eléctricos y poner en peligro la seguridad. Un sistema de protección eléctrica adecuado, como disyuntores y fusibles, ayuda a prevenir sobrecargas. Además, se deben realizar revisiones periódicas para asegurar que los circuitos estén correctamente dimensionados.
- Fluctuaciones de voltaje: Las fluctuaciones en el voltaje pueden afectar la precisión de las mediciones y la operación de equipos. El uso de reguladores de voltaje y estabilizadores puede ayudar a mantener un suministro eléctrico constante y confiable.
- Fallos de equipos: En caso de fallos de equipos, es importante contar con un plan de contingencia que incluya la identificación de equipos de reemplazo, así como procedimientos manuales para garantizar la preparación y administración segura de medicamentos.
- Capacitación del personal: El personal de la farmacia hospitalaria debe estar capacitado para responder eficazmente a emergencias eléctricas y para conocer la ubicación de los dispositivos de seguridad eléctrica, como interruptores de desconexión de emergencia.
- La farmacia hospitalaria depende en gran medida de un sistema eléctrico confiable para garantizar la preparación y administración segura de medicamentos. La planificación, prevención y capacitación son clave para abordar las emergencias eléctricas y mantener la continuidad en la atención médica.

2 Objetivos

El electricista y sus funciones pretende 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

Las funciones del electricista en el mantenimiento del sistema eléctrico de una farmacia hospitalaria son esenciales para garantizar la seguridad de los pacientes y el funcionamiento confiable de equipos críticos. Aquí se detallan algunas de las responsabilidades clave que desempeña el electricista en este contexto:

- Inspección y pruebas regulares: El electricista realiza inspecciones periódicas del sistema eléctrico de la farmacia hospitalaria para identificar posibles problemas o deterioros. Esto incluye verificar conexiones, cables y componentes eléctricos. Además, se realizan pruebas de funcionamiento para asegurarse de que los equipos funcionen correctamente.
- Mantenimiento preventivo: El electricista lleva a cabo mantenimiento preventivo en equipos eléctricos críticos utilizados en la farmacia, como dispensadores automáticos de medicamentos, sistemas de etiquetado y sistemas de mezcla de medicamentos. Esto puede implicar la limpieza de contactos eléctricos, la calibración de dispositivos y la sustitución de piezas desgastadas.
- Actualizaciones y mejoras: El electricista puede recomendar y llevar a cabo actualizaciones en el sistema eléctrico de la farmacia para mejorar la eficiencia energética y la seguridad. Esto podría incluir la instalación de dispositivos de protección contra sobretensiones, la actualización de iluminación o la mejora de la infraestructura eléctrica.
- Resolución de problemas: En caso de fallos eléctricos o problemas en equipos críticos, el electricista es el encargado de diagnosticar y resolver los problemas de manera rápida y efectiva. Esto implica la reparación o reemplazo de componentes defectuosos para garantizar la continuidad de la operación de la farmacia.
- Cumplimiento normativo: El electricista se asegura de que el sistema eléctrico cumpla con todas las normativas y códigos eléctricos locales y nacionales. Esto es fundamental para garantizar la seguridad y la legalidad de las instalaciones eléctricas en el entorno hospitalario.
- Capacitación del personal: El electricista puede proporcionar capacitación al personal de la farmacia sobre cómo responder adecuadamente en caso de emergencias eléctricas y cómo utilizar los dispositivos de seguridad eléctrica, como interruptores de desconexión de emergencia.

El electricista en una farmacia hospitalaria juega un papel crítico en el mantenimiento del sistema eléctrico para garantizar la seguridad y la continuidad de la atención médica. Su experiencia y conocimientos técnicos son fundamentales para prevenir problemas eléctricos, responder a emergencias y mantener la operación ininterrumpida de equipos médicos vitales.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave para un buen mantenimiento de los cuadros eléctricos en una farmacia hospitalaria es implementar un programa de inspección y mantenimiento preventivo regular. Esto implica realizar revisiones periódicas de los cuadros eléctricos, verificar las conexiones, comprobar el estado de los interruptores, relés y dispositivos de protección, y asegurarse de que no haya signos de desgaste o daño.

Además, se debe llevar un registro detallado de todas las inspecciones y acciones de mantenimiento realizadas, incluyendo fechas y resultados. Esto facilitará el seguimiento y la planificación de futuras intervenciones. También es fundamental asegurarse de que el personal de la farmacia hospitalaria esté capacitado para reconocer situaciones de emergencia eléctrica y sepa cómo responder adecuadamente.

La colaboración con un electricista calificado y el cumplimiento estricto de las normativas y códigos eléctricos son esenciales para garantizar la seguridad y la confiabilidad del sistema eléctrico en la farmacia hospitalaria, lo que es fundamental para la atención médica y la seguridad de los pacientes.

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 649

FUNCIONES DEL ELECTRICISTA EN EL ALUMBRADO EXTERIOR DEL RECINTO HOSPITALARIO

RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS

VICENTE UBEDA FERNÁNDEZ

MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI

JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ NÚÑEZ

DAVID GARCÍA BERNAL

1 Introducción

El alumbrado exterior en el recinto hospitalario se refiere al sistema de iluminación instalado en áreas exteriores de un hospital con el propósito de proporcionar luz adecuada y segura durante la noche y en condiciones de baja visibilidad. Este tipo de iluminación es esencial para garantizar la seguridad de pacientes, visitantes y personal médico, así como para facilitar la navegación y la identificación de áreas clave en el entorno hospitalario.

El alumbrado exterior en un recinto hospitalario debe cumplir con múltiples objetivos. En primer lugar, debe garantizar la visibilidad adecuada para prevenir accidentes y facilitar la rápida respuesta en situaciones de emergencia. Además, debe contribuir a la disuasión de actividades delictivas, como robos o vandalismo, al iluminar áreas comunes y accesos.

Este sistema de iluminación también tiene un impacto en la orientación de los pacientes y visitantes, ya que proporciona señales visuales claras hacia entradas, salidas, estacionamientos y áreas de interés. La iluminación eficiente puede contribuir a crear un ambiente acogedor y seguro, reduciendo el estrés de quienes acuden al hospital en momentos de preocupación.

Es importante mencionar que el alumbrado exterior en un entorno hospitalario debe diseñarse considerando la eficiencia energética y la reducción de la contaminación lumínica para minimizar el impacto ambiental y optimizar los recursos. El alumbrado exterior en el recinto hospitalario es un sistema de iluminación crucial para la seguridad, la orientación y el bienestar de pacientes, visitantes y personal médico, cumpliendo múltiples funciones esenciales en el entorno hospitalario.

2 Objetivos

Conocer las funciones del electricista en el alumbrado pretende 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 alumbrado exterior en el recinto hospitalario se refiere a la infraestructura luminaria instalada en las áreas exteriores de un hospital con el propósito de proporcionar iluminación adecuada en entornos exteriores durante las horas de oscuridad o en condiciones de visibilidad reducida. Este sistema de iluminación desempeña un papel fundamental en la seguridad, la orientación y el funcionamiento eficiente de un hospital.

En términos de seguridad, el alumbrado exterior tiene una importancia crítica. Proporciona una iluminación suficiente para prevenir accidentes y caídas en las áreas exteriores, como estacionamientos, caminos peatonales y rampas de acceso.

Además, contribuye a disuadir actividades delictivas al hacer que el entorno sea menos propicio para robos, vandalismo y otros comportamientos indeseables. La orientación de pacientes, visitantes y personal médico en un hospital es esencial, y el alumbrado exterior juega un papel esencial en este sentido. La iluminación adecuada en las entradas, salidas y áreas de interés facilita la navegación y reduce la confusión, lo que puede ser particularmente crítico en situaciones de emergencia. Señala de manera efectiva las rutas seguras y proporciona información visual para que las personas encuentren fácilmente los destinos deseados. Además de su importancia en términos de seguridad y orientación, el alumbrado exterior también contribuye al ambiente general del hospital. Puede ayudar a crear un entorno acogedor y confortable, lo que es especialmente relevante en un entorno donde los pacientes y sus familias pueden estar pasando por momentos difíciles. La iluminación adecuada puede reducir el estrés y mejorar la experiencia de los pacientes y visitantes. Es fundamental destacar que el diseño del alumbrado exterior en un recinto hospitalario debe ser eficiente en términos energéticos y considerar la minimización de la contaminación lumínica para proteger el entorno natural circundante y cumplir con regulaciones ambientales. El alumbrado exterior en un recinto hospitalario es un sistema de iluminación esencial que cumple funciones cruciales en términos de seguridad, orientación y bienestar general. Su diseño cuidadoso y eficiente tiene un impacto positivo en la calidad de atención que un hospital puede ofrecer a sus pacientes y visitantes.

5 Discusión-Conclusión

Para llevar a cabo un buen mantenimiento del alumbrado exterior en un recinto hospitalario, es esencial seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, se debe establecer un programa regular de inspección y mantenimiento preventivo. Esto implica revisar periódicamente todas las luminarias, cables y componentes eléctricos para detectar posibles problemas. Es fundamental utilizar tecnología de iluminación eficiente y duradera, como luces LED, para reducir el consumo de energía y aumentar la vida útil de las luminarias. Además, se debe priorizar la iluminación direccionada y evitar la contaminación lumínica para minimizar el impacto ambiental. El personal de mantenimiento debe estar capacitado para realizar inspecciones básicas y cambiar bombillas o luminarias dañadas de manera segura. Sin embargo, para tareas más complejas, es recomendable contar con un equipo de electricistas calificados para garantizar la seguridad y el cumplimiento de normas

eléctricas.

Finalmente, es esencial mantener registros detallados de mantenimiento y programar reemplazos preventivos de componentes y luminarias de acuerdo con las recomendaciones del fabricante. Un mantenimiento adecuado garantiza la seguridad, eficiencia y la continuidad del alumbrado exterior en el entorno hospitalario.

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 650

EL CELADOR Y SU INTERVENCIÓN EN EL ENFERMO DIABÉTICO

ANA MARÍA TESTILLANO VELASCO

SANDRA MARTIN-ARAGON GONZALEZ

ROCIO PULIDO LOPEZ

DANIEL BENEYTEZ MARTÍN

JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ

1 Introducción

El ingreso hospitalario de un paciente diabético es necesario en ciertas circunstancias para garantizar una atención médica adecuada y controlar su condición de manera efectiva. La diabetes es una enfermedad crónica que afecta la regulación del azúcar en sangre, y en algunos casos, las complicaciones o situaciones de emergencia pueden requerir hospitalización.

Existen varias razones por las que un enfermo diabético podría necesitar ser ingresado en el hospital:

Desequilibrio en el control de la glucosa: Cuando un paciente diabético experimenta niveles extremadamente altos o bajos de glucosa en sangre que no pueden controlarse adecuadamente en casa, el ingreso hospitalario es necesario para estabilizarlos.

Cetoacidosis diabética: Una complicación grave de la diabetes tipo 1, la cetoacidosis diabética, puede provocar un desequilibrio metabólico peligroso. Los pacientes requieren tratamiento intravenoso y monitoreo constante en el hospital.

Infecciones: Las infecciones en personas diabéticas pueden ser más graves y difíciles de tratar debido a la debilidad del sistema inmunológico. En algunos casos, una infección grave puede requerir hospitalización para administrar antibióticos intravenosos.

Complicaciones cardiovasculares: Los pacientes diabéticos tienen un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares. Si se desarrolla una complicación cardíaca aguda, como un infarto de miocardio, el ingreso hospitalario es esencial.

Cirugía o procedimientos médicos: Los diabéticos pueden requerir cirugía u otros procedimientos médicos que requieran un control más preciso de su glucosa en sangre antes, durante y después de la intervención.

Durante el ingreso hospitalario, se proporciona una atención médica especializada que incluye la administración de insulina, el control de la dieta, la monitorización constante de la glucosa y el tratamiento de cualquier complicación médica asociada. El objetivo es estabilizar la condición del paciente diabético, prevenir complicaciones adicionales y brindar una atención integral para su bienestar general. La duración de la hospitalización dependerá de la gravedad de la situación y la respuesta al tratamiento.

2 Objetivos

Describir el papel del celador en la atención con el enfermo diabético.

3 Metodología

Para 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 cuidado y el apoyo al enfermo diabético ingresado en el hospital. Su función es fundamental para garantizar la seguridad, comodidad y bienestar del paciente, así como para facilitar la coordinación del personal médico. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del celador en esta situación:

Transporte y movilización: El celador es responsable de trasladar al paciente diabético desde el área de admisión a su habitación en el hospital y asistir en su movilización si es necesario. Para pacientes con diabetes, la movilidad puede ser un desafío debido a complicaciones relacionadas con la enfermedad, como neuropatía o problemas circulatorios. El celador ayuda al paciente a moverse de manera segura y cómoda.

Apoyo emocional: El diagnóstico y la gestión de la diabetes pueden ser emocionalmente desafiantes. El celador puede proporcionar apoyo emocional al paciente, mostrando empatía, escuchando sus preocupaciones y brindando un ambiente amigable y compasivo. Esto puede ser especialmente reconfortante durante el ingreso hospitalario.

Seguridad del paciente: El celador está atento a las necesidades de seguridad del paciente diabético, como la prevención de caídas y la identificación de situaciones de riesgo en la habitación. Esto es especialmente importante debido a la posibilidad de complicaciones relacionadas con la diabetes, como la neuropatía periférica.

Coordinación con el personal médico: Trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería y médico para garantizar que las necesidades del paciente se aborden adecuadamente. Esto incluye coordinar traslados a procedimientos médicos y comunicar cualquier preocupación o solicitud del paciente al equipo de atención médica.

Comodidad y bienestar: El celador se asegura de que la habitación del paciente esté ordenada, limpia y cómoda. Además, puede proporcionar ayuda en actividades básicas, como levantarse de la cama o usar el baño, para garantizar que el paciente esté lo más cómodo posible.

Educación y apoyo logístico: Puede brindar información básica sobre la ubicación de las instalaciones hospitalarias, los horarios de visitas y ayudar a coordinar la logística relacionada con la atención médica del paciente.

El celador desempeña un papel multifacético en el cuidado del paciente diabético ingresado en el hospital, asegurando su seguridad, comodidad y bienestar general, así como facilitando una comunicación efectiva entre el paciente y el equipo médico. Su presencia y apoyo son esenciales para una experiencia hospitalaria positiva y segura para el paciente diabético.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave para un buen trato con el enfermo diabético ingresado es mostrar empatía y comprensión en todo momento. La diabetes puede ser una enfermedad emocionalmente desafiante, y la hospitalización puede generar ansiedad y preocupación en el paciente. El celador puede contribuir significativamente a su bienestar siendo amable, mostrando interés genuino en sus necesidades y brindando apoyo emocional. Escuchar sus preocupaciones y proporcionar una presencia cálida y compasiva puede marcar una gran diferencia en su experiencia hospitalaria.

Además, es importante que el celador esté bien informado sobre la diabetes y sus implicaciones. Esto le permite comunicar claramente las medidas de seguridad y las precauciones necesarias, y responder a las preguntas del paciente con conocimiento. La comunicación efectiva y la empatía son esenciales para crear un ambiente hospitalario de apoyo y tranquilidad para el paciente diabético, lo que puede contribuir a una recuperación más positiva y menos estresante.

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 651

EL CELADOR Y SU INTERVENCIÓN EN EL ENFERMO COVID

ANA MARÍA TESTILLANO VELASCO

SANDRA MARTIN-ARAGON GONZALEZ

ROCIO PULIDO LOPEZ

DANIEL BENEYTEZ MARTÍN

JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ

1 Introducción

Cuando un paciente con COVID-19 necesita ser ingresado en el hospital, generalmente es debido a la gravedad de la enfermedad o a la presencia de síntomas que requieren atención médica intensiva. El ingreso hospitalario es una medida crucial para garantizar la monitorización, el tratamiento adecuado y el aislamiento de los pacientes con COVID-19.

Las razones para el ingreso hospitalario de un enfermo de COVID-19 pueden incluir:

Dificultad respiratoria grave: Algunos pacientes con COVID-19 desarrollan neumonía grave o síndrome de dificultad respiratoria aguda, lo que requiere atención respiratoria especializada, oxígeno suplementario o incluso la ventilación mecánica.

Baja saturación de oxígeno: La disminución de los niveles de oxígeno en sangre es una señal de alarma que puede indicar la necesidad de tratamiento hospitalario para estabilizar la saturación de oxígeno y mejorar la respiración.

Factores de riesgo: Los pacientes con factores de riesgo, como enfermedades crónicas o inmunodepresión, pueden tener un mayor riesgo de complicaciones graves por COVID-19 y, por lo tanto, se pueden ingresar para un manejo más intensivo.

Monitoreo médico constante: El ingreso hospitalario permite una supervisión médica continua para evaluar la progresión de la enfermedad, ajustar el tratamiento según sea necesario y detectar complicaciones tempranas.

Tratamientos especializados: Algunos pacientes pueden beneficiarse de tratamientos específicos, como terapias de anticuerpos monoclonales o medicamentos antivirales, que son más fáciles de administrar en el entorno hospitalario.

Aislamiento: El ingreso hospitalario también es importante para aislar al paciente y evitar la propagación del virus a otras personas.

El tratamiento en el hospital se centra en proporcionar cuidados médicos de apoyo, administrar oxígeno si es necesario, tratar las complicaciones y monitorizar de cerca la respuesta del paciente. La duración del ingreso depende de la gravedad de la enfermedad y la recuperación del paciente. El objetivo es brindar atención integral y oportuna para superar la enfermedad y minimizar las complicaciones.

2 Objetivos

Explicar las funciones del celador en sus tareas diarias cuando un paciente Covid ha ingresado en el centro hospitalario para recibir 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 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 cuidado y el apoyo al enfermo de COVID-19 ingresado en el hospital, ya que su función va más allá de las tareas logísticas habituales. En este contexto de pandemia, sus responsabilidades adquieren una importancia significativa para garantizar la seguridad del paciente y del personal médico. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del celador en esta situación:

Traslado y movilización: El celador es responsable de trasladar al paciente con COVID-19 desde la sala de admisión a su habitación de aislamiento y de asistir en su movilización si es necesario. La enfermedad puede causar debilidad y dificultades respiratorias, por lo que la ayuda del celador es esencial para garantizar que el paciente se mueva de manera segura y cómoda.

Control de infecciones y aislamiento: El celador debe asegurarse de que se cumplan estrictamente las medidas de control de infecciones, como el uso de equipo de protección personal y el aislamiento del paciente. Esto incluye asegurarse de que las puertas de la habitación estén cerradas correctamente y que solo el personal autorizado tenga acceso.

Apoyo emocional: La hospitalización por COVID-19 puede ser angustiante tanto para el paciente como para sus familias. El celador puede proporcionar apoyo emocional al paciente siendo comprensivo, escuchando sus preocupaciones y mostrando empatía.

Seguridad del paciente y del personal: El celador está atento a las necesidades de seguridad del paciente y del personal médico, como la prevención de caídas y la identificación de situaciones de riesgo en la habitación.

Coordinación con el personal de salud: Trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería y médico para garantizar que las necesidades del paciente se aborden adecuadamente. Esto incluye coordinar traslados 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 COVID-19, lo que es esencial para la prevención de infecciones y el bienestar general.

Educación y prevención: Puede brindar información básica sobre las medidas de prevención de la COVID-19 y las pautas de cumplimiento de aislamiento para ayudar a prevenir la propagación del virus.

El celador en la atención a un paciente con COVID-19 desempeña un papel multifacético en el control de infecciones, el apoyo emocional y la comodidad del paciente, así como en la coordinación de la atención médica y la seguridad general en el entorno hospitalario. Su presencia y apoyo son esenciales para una atención segura y efectiva durante la pandemia.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para el celador al tratar con un enfermo de COVID-19 ingresado es ofrecer un trato cálido y compasivo en todo momento. Estos pacientes pueden sentirse asustados, aislados y ansiosos debido a la naturaleza contagiosa de la enfermedad y la hospitalización. Mostrar empatía, escuchar con atención sus preocupaciones y necesidades, y brindar apoyo emocional son gestos esenciales que pueden marcar una gran diferencia en su experiencia hospitalaria.

Además, es importante que el celador se adhiera estrictamente a las medidas de prevención de infecciones, como el uso adecuado de equipo de protección personal, para garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal médico. La comunicación clara y el trato amable y comprensivo son clave para proporcionar una atención de calidad durante la pandemia de COVID-19, y el celador desempeña un papel fundamental en crear un ambiente de apoyo en este desafiante contexto de salud pública.

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 652

EL CELADOR Y SU INTERVENCIÓN EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE APENDICITIS

ANA MARÍA TESTILLANO VELASCO

SANDRA MARTIN-ARAGON GONZALEZ

ROCIO PULIDO LOPEZ

DANIEL BENEYTEZ MARTÍN

JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ

1 Introducción

Cuando un paciente ingresa en el hospital debido a una apendicitis, se trata de una situación médica urgente que requiere atención inmediata. La apendicitis es la inflamación del apéndice, un pequeño órgano ubicado en el abdomen inferior derecho. Esta condición puede ser grave si no se trata a tiempo.

Las razones para el ingreso hospitalario de un paciente con apendicitis incluyen:

Dolor abdominal agudo: El síntoma más común de la apendicitis es el dolor abdominal intenso y localizado en la parte inferior derecha del abdomen. Este dolor puede volverse insoportable y requiere evaluación y tratamiento médico.

Riesgo de ruptura: La apendicitis no tratada puede llevar a la ruptura del apéndice, lo que resulta en una infección grave llamada peritonitis. El ingreso hospitalario

permite una evaluación rápida y la realización de una cirugía de extirpación del apéndice (apendicectomía) para prevenir la ruptura.

Diagnóstico preciso: Los médicos pueden realizar pruebas, como análisis de sangre y estudios de imagen, para confirmar el diagnóstico de apendicitis y determinar el grado de inflamación.

Tratamiento quirúrgico: La cirugía es el tratamiento estándar para la apendicitis. El paciente se somete a una apendicectomía para extirpar el apéndice inflamado y prevenir complicaciones posteriores.

Observación postoperatoria: Después de la cirugía, el paciente se queda en el hospital para una breve recuperación y observación. Esto asegura que no haya complicaciones postoperatorias y que el paciente esté listo para ser dado de alta de manera segura.

El ingreso hospitalario de un paciente con apendicitis es necesario para una evaluación precisa, tratamiento quirúrgico y observación postoperatoria. La atención médica oportuna es crucial para evitar complicaciones graves y permitir una recuperación completa del paciente.

2 Objetivos

Describir el papel del celador en la intervención de apendicitis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 el cuidado de un paciente que es intervenido quirúrgicamente de apendicitis es fundamental para garantizar una atención segura y eficaz

antes, durante y después de la cirugía. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del celador en esta situación:

Preparación prequirúrgica: El celador se encarga de trasladar al paciente desde su habitación a la sala de operaciones. Asegura que el paciente esté listo y cómodo para la cirugía, verificando su identidad y proporcionando apoyo emocional. Esto incluye tranquilizar al paciente y responder a sus preguntas o inquietudes.

Apoyo durante la cirugía: Durante la cirugía, el celador puede desempeñar un papel en la logística de la sala de operaciones. Ayuda a preparar el equipo y suministros necesarios, mantiene la sala ordenada y garantiza un flujo de trabajo eficiente para el equipo quirúrgico. También puede ayudar a movilizar al paciente de manera segura en la mesa de operaciones.

Acompañamiento postoperatorio: Después de la cirugía, el celador se asegura de que el paciente sea trasladado con cuidado a la sala de recuperación o a su habitación. Brinda apoyo en la movilización del paciente y garantiza su comodidad.

Control de visitas: El celador puede ayudar a controlar las visitas de familiares y amigos del paciente, asegurándose de que se cumplan las políticas del hospital y de que el paciente tenga el descanso y la privacidad necesarios durante la recuperación.

Asistencia en actividades básicas: Los pacientes que se han sometido a una cirugía de apendicitis pueden necesitar ayuda en actividades como levantarse de la cama, moverse y usar el baño. El celador proporciona esta asistencia de manera segura y respetuosa.

Seguridad y prevención de caídas: El celador está atento a las necesidades de seguridad del paciente, ayudando a prevenir caídas o situaciones de riesgo en la habitación o en el proceso de movilización.

Comunicación con el personal de salud: Trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería y médico para asegurarse de que las necesidades del paciente se aborden adecuadamente y para comunicar cualquier preocupación o solicitud del paciente.

El celador desempeña un papel esencial en el cuidado integral del paciente sometido a una cirugía de apendicitis. Su presencia y apoyo son cruciales para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente, contribuyendo así a una recu-

peración exitosa y una experiencia hospitalaria positiva.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para un buen trato al paciente que ha sido intervenido de apendicitis es brindar un apoyo compasivo y mantener una actitud amable en todo momento. Este período postoperatorio puede ser incómodo y desafiante para el paciente, por lo que mostrar empatía, escuchar sus necesidades y responder a sus inquietudes son gestos significativos que pueden mejorar su experiencia de recuperación.

Además, es esencial que el celador se comunique de manera efectiva con el paciente, brindándole información sobre su cuidado postoperatorio y proporcionando una sensación de seguridad. También es importante garantizar que el paciente reciba la atención necesaria para su movilización, higiene personal y comodidad durante su estancia en el hospital. Un enfoque centrado en el bienestar del paciente, junto con una atención respetuosa y empática, contribuirá en gran medida a su recuperación y a una estancia hospitalaria más positiva.

6 Bibliografía

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.

Capítulo 653

PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EXPONEN UNA REVISION BIBLIOGRÁFICA SOBRE LAS NUEVAS TECNOLOGIAS Y SU USO

DIVIS MAYLEN AMAYA MORALES

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

CLAUDIA GARCÍA GARCÍA

NATALIA RODRIGUEZ GARCIA

ATENEA PALOMARES GARCÍA

1 Introducción

Hoy en día la humanidad está siendo testigo del desarrollo de una nueva revolución, la denominada Revolución Digital. El comienzo de todo lo que en la actualidad se está viviendo en el campo tecnológico, tendría su origen desde mediados del siglo pasado (1947-1948), con la invención del transistor, hasta la actualidad, con el desarrollo de dispositivos tecnológicos, como smartphones y tablets, y el avance en las conexiones empleadas por esos dispositivos para conectarse, como el empleo de la conexión 5G como último eslabón del desarrollo tecnológico hasta la fecha.

Como se indica, estos grandes avances han tenido lugar en un período de tiempo de apenas 70 años y han irrumpido de forma generalizada en la sociedad.

Su utilización está influenciando y provocando cambios en las sociedades. Por ejemplo, la utilización de redes sociales ha cambiado la forma de relacionarse que tienen los personales. En el entorno laboral la mayor revolución causada por las nuevas tecnologías sería la introducción del teletrabajo.

La irrupción de las nuevas tecnología en el sector sanitario ha conllevado cambios en la forma de relacionarse entre los profesionales y los usuarios. Hay una comunicación más directa mediante el empleo de los dispositivos electrónicos. Por otro lado, gracias a las nuevas tecnología desaparecen las distancias y los tiempos en las comunicaciones, ya que conectan a personas a lo largo del planeta en tiempo real, por lo que los profesionales sanitarios tienen mayor acceso a información y formación para una mejor realización de su trabajo.

2 Objetivos

Exponer los problemas que se pueden encontrar en la aplicación del uso de las nuevas tecnologías en el sector de la sanidad

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las llamadas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), son los recursos y herramientas que se utilizan para el proceso, administración y distribución de la información a través de elementos tecnológicos como ordenadores, teléfonos móviles, televisores, etc.

Hoy en día un gran número de usuarios tienen acceso a estas tecnologías, por lo que su uso en el sistema sanitario está aumentando.

A pesar de la generalización del uso de estas tecnologías, hay un sector de la población, comprendido por las personas de más edad, que no se sabe utilizarlas correctamente, lo que les margina a la hora de disfrutar de ciertos servicios y

ventajas al interactuar con el personal sanitario, como puede ser en el uso de videollamadas.

Otra desventaja en la implantación del uso de las nuevas tecnologías es el coste que implica la adquisición de los equipos tecnológicos y su renovación, ya que este es muy alto para la sanidad pública.

En ocasiones, la utilización de las nuevas tecnologías hace necesaria una formación por parte del personal de la salud para darles un uso adecuado, lo que hace que aumente el gasto en financiación.

A pesar de lo anterior, según una encuesta de Accenture, España es uno de los países más digitalizados de Europa. El estudio muestra que en el año 2021 tan solo un 25% de la población no utilizó ninguna tecnología digital para realizar alguna gestión, lo que muestra un uso de las TIC cada vez más generalizado.

En el sector sanitario, las nuevas tecnologías permiten cuatro grandes líneas de actuación funcionales:

1-Sistema fiable de identificación de usuarios a través de la tarjeta sanitaria individual.

2-La información de los requisitos clínicos de usuarios y pacientes (Historia Clínica Digital).

3-Sistema que soporte y relacione entre sí todos los procesos que es necesario realizar para hacer efectiva la prestación farmacéutica a los pacientes y usuarios (prescripción, visado, dispensación).

4-Mecanismos que ayuden a agilizar la actuación a los usuarios (telecita) y dispositivos de diagnósticos y tratamientos a distancia.

La utilización de las TIC pueden ayudar a mejorar la atención que se dispensa a los pacientes, al reducir los tiempos de gestión administrativa y documental de los expedientes, lo que ayuda a evitar el colapso sanitario.

5 Discusión-Conclusión

A través del uso de las TIC, la forma de comunicación entre el personal de los servicios de salud y el paciente o usuario ha ido cambiando y evolucionado a una mayor interacción entre ambos. Las nuevas tecnologías permiten una mayor rapidez en el intercambio de información, pero también conllevan un gasto económico tanto para los servicios de salud como para el usuario en la adquisición y actualización de los dispositivos.

Sin embargo, en la aplicación de las TIC habrá que poner una especial atención en el colectivo de las personas mayores, ya que algunas no saben manejarse en

el entorno digital y la sociedad deberá tener como objetivo su integración en el acceso al mundo de la tecnología.

6 Bibliografía

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

Capítulo 654

EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

1 Introducción

Desde un punto de vista integral, la salud mental es un componente esencial y determinante del bienestar del individuo.

La OMS dice: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». De ello derivamos que la salud mental está integrada por numerosos factores sociales, psicológicos y biológicos.

La promoción de la salud mental consiste en crear entornos y condiciones que posibilite adoptar y llevar una forma de vida saludable a la población. Los centros de salud mental son servicios básicos de atención a nivel ambulatorio especializados en enfermedades psiquiátricas y en otras patologías de salud mental, que por sus características no pueden ser desde el ámbito de los servicios de atención primaria de salud.

Son centros que se articulan y coordinan con los demás dispositivos y dan continuidad a la asistencia del usuario de este servicio; en este contexto, el equipo de trabajo ha de articularse en beneficio de la atención al usuario; un equipo multidisciplinario integrado por el personal sanitario y no sanitario, como pueden

ser: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores; que deben distribuir sus tareas diarias en función de las condiciones del servicio para conseguir una mayor eficiencia en la asistencia al paciente

2 Objetivos

- Exponer las funciones que realiza el auxiliar administrativo en los servicios de salud mental.
- Destacar la importancia de su trabajo en dicho servicio.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En el ámbito hospitalario, dentro de las prestaciones de salud mental, encontramos las unidades de salud mental comunitaria, unidad de hospitalización, unidad de salud mental infantojuvenil, unidades de conductas adictivas (UCA) para pacientes con trastornos de adicción a diversas sustancias.

Como dato relevante, según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud, solo un 1% del personal sanitario se dedica al sector de la salud mental, esto nos puede indicar la escasez de medios con los que cuenta el Sistema Sanitario para hacer atender las patologías relacionadas con esta especialidad médica.

Dentro de los hospitales encontramos el servicio de consultas externas de psiquiatría, donde desarrolla su trabajo el auxiliar administrativo. Normalmente, existen varios profesionales en esta unidad, uno encargado de las consultas externas de salud mental infantojuvenil y otro dedicado a pacientes adultos.

Las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo en la unidad de salud mental son las siguientes:

- Atención al público presencial, cuando el paciente llega a la consulta le tomará los datos e informará al personal sanitario de su llegada.
- Atención telefónica, resolviendo dudas de los pacientes, referentes a citas, horarios, etc.
- Organizará las agendas de los diferentes facultativos.
- Anulará las citas de una agenda determinada cuando surgiera algún imprevisto, comunicándoselo a los pacientes.
- Citará a los pacientes nuevos en las agendas habilitadas para tal fin.
- Solicitará al archivo las historias de los pacientes.
- Redactará los informes que le sean indicados por los diferentes especialistas.
- Será el encargado de realizar las peticiones de ambulancias.
- Enviará por correo los documentos que le sean solicitados por el personal sanitario.

Como podemos observar, sus funciones son tanto administrativas como de atención al paciente, por lo que debe tener un alto grado de empatía y tolerancia debido a las peculiaridades de la unidad en la que trabaja.

También es importante resaltar la coordinación de todos los profesionales en estas unidades, vital para ofrecer un servicio de calidad.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se puede afirmar que la atención a la salud mental es pieza clave en toda sociedad actual, existiendo una creciente preocupación por la población y concienciación respecto a este tema.

La escasez de recursos supone un reto para los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios, que tienen que gestionar de la mejor manera posible con los medios existentes, patologías de muy difícil tratamiento, y muy duraderas en el tiempo.

Todas las estructuras implicadas, ya sean de atención primaria o atención especializada, deben estar en continuo contacto y coordinación.

En conclusión, el auxiliar administrativo de las unidades de salud mental debe conocer perfectamente los protocolos de trabajo y guardar en todo momento la confidencialidad de los datos sanitarios a los que tiene acceso.

6 Bibliografía

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

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